Nr. 37. 12. września 1926. Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

II. Ogólnopolskiemu Zjazdowi przeciwgruźliczemu, który rozpoczyna swe obrady w dniu 11 września br. we Lwowie, z życzeniami owocnej dla społeczeństwa zbawiennej pracy numer ten poświęca

REDAKCJA.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. M. GRZYBOWSKI. Warszawa.

O wartości klinicznej badania w gruźlicy krwi i płynów wysiękowych metodą Besredki.

(Z pracowni chemiczno-bakterjologicznej Szp. Dz. Jezus. Kierownik: Dr. St. Mutermilch).

Stwierdzenie obecności prątków gruźliczych niezawsze może mieć zastosowanie w praktyce dla odróżnienia gruźlicy czynnej od nieczynnej. Co się tyczy innych metod, to odczyn tuberkulinowy wymogom powyższym nie odpowiada, wykazuje bowiem obecność nawet nieczynnego ogniska gruźliczego. Nie będę wyliczał wszystkich metod laboratoryjnych, które stosowano w celu rozpoznania gruźlicy czynnej, a wspomnę tylko o dwóch, mających pewien związek z bliżej nas interesującym odczynem wiązania dopełniacza w gruźlicy. Należy tu przedewszystkiem próba wykazania aglutynin w surowicy krwi chorych na gruźlicę, jak to pierwszy w r. 1898 podał Arloing — odczyn ten nie dał jednak spodziewanych wyników praktycznych.

Drugim odczynem, mającym znaczenie raczej teoretyczne, jest próba Abderhaldena, polegająca na wykazaniu w surowicy zaczynów, mających zdolność rozkładania białka prątka Kocha. Wedle badań samego Abderhaldena, Gwedena i innych ciała takie istotnie udaje się w surowicy chorych na gruźlicę wykazać; ze względu na trudności techniczne metoda ta nie znalazła zastosowania.

Przechodzę do odczynu odchylania dopełniacza w gruźlicy; zasada tego odczynu (Bordet-Gengou) polega na tem, że niweczniki w obecności antygenu (wywoływacza) wiążą dopełniacz, co można stwierdzić przez dodanie układu hemolitycznego.

Po raz pierwszy metody odchylania dopełniacza w zastosowaniu do gruźlicy użyli Widal i Le Sourd w r. 1901: jako antygenem posługiwali się oni zawiesiną prątków gruźliczych, wyhodowanych na podłożu Arloinga i Courmonta; wyniki, jakie autorowie ci otrzymali, zachęciły do podejmowania prób w tym kierunku. Metoda ta dała jednakże wynik zadawalający dopiero po wprowadzeniu przez Besredkę w r. 1913 antygenu, przygotowanego w sposób specjalny. Besredka użył mianowicie do swoich badań zawiesiny prątków gruźliczych, hodowanych na podłożu z żółtek. Dobre wyniki otrzymywano również z antygenem Negre'a i Boquet'a, który jest wyciągiem w alkoholu metylowym prątków Kocha, uprzednio traktowanych acetonem.

W badaniach swoich posługiwałem się oryginalnym antygenem Besredki, początkowo stosowałem technikę Calmette'a i Massol'a: ma ona szerokie zastosowanie we Francji i umożliwia określanie siły odczynu w jednostkach. Ze względu na to, że metodyka ta wymaga wielkiej ilości dopełniacza, antygenu i surowicy, na propozycję Dra Mutermilcha zmodyfikowałem ją. Wszystkie badania przeprowadziłem z surowicą unieczynnioną przez ogrzanie do 56° — w ilości 0.2 ccm; antygen brałem w ilości 0.3 ccm, dopełniacz w ilości 0.1 cm. sz. w rozcieńczeniu około 1:10, amboceptor hemolityczny 0.1 w 2—3 krotnej dawce hemolizującej. Krwinki baranie 0.5 cm. w zawiesinie 2%. Siłę odczynu określałem na podstawie stopnia hemolizy, tak jak się to ogólnie stosuje w odczynie Wassermanna. Kwestja swoistości omawianego odczynu w gruźlicy nie jest rozstrzygnięta; doświadczenia dokonane na zwierzętach zdają się przemawiać za swoistością odczynu. Calmette i Massol spostrzegali silne wzmożenie odczynu u zwierząt po wstrzykiwaniu zawiesiny prątków lub ich wyciągów. Wzmożenie siły odczynu w tych doświadczeniach było bardzo znaczne. Ci sami autorowie oraz Mizic spostrzegali występowanie dodatniego odczynu wiązania dopełniacza po wstrzykiwaniu tuberkuliny u chorych na gruźlicę z odczynem ujemnym. Spostrzegano jednakże występowanie odczynu dodatniego u chorych na zimnicę i błonicę — po wstrzykiwaniu surowicy przeciwbłoniczej — fakty te jednakże wymagają dokładniejszej obserwacji i sprawdzenia.

Co się tyczy częstości występowania odczynu omawianego w gruźlicy i wartości klinicznej tej metody, to należy stwierdzić, że otrzymywano wyniki rozmaite w zależności od materjału klinicznego i od rodzaju użytego antygenu. Pierwotne wyniki, gdy stosowano, jako antygen prawie wyłącznie tuberkulinę, znacznie ustępowały dzisiejszym; znajdywano mianowicie w przypadkach gruźlicy płuc klinicznie stwierdzonej zaledwie 69% wyników dodatnich obok 20% wyników dodatnich u osób zdrowych. Obecne wyniki są znacznie lepsze i u poszczególnych autorów (naprz. Merklena i Lortat-Jacoba) dochodzą do 100% wyników dodatnich w gruźlicy płuc. Większość współczesnych wielkich statystyk podaje na 7% wyniki dodatnie u osobników bez zmian gruźliczych, dających się klinicznie stwierdzić.

Z piśmiennictwa polskiego mogę przytoczyć wyniki następujących autorów polskich: Jasieński zbadał 347 surowic: w 19 przypadkach daleko posuniętej gruźlicy płuc otrzymał 67% wyników dodatnich, nie spostrzegł on jednakże związku pomiędzy siłą odczynu, a rozwojem i ciężkością przypadku; w czynnej gruźlicy chirurgicznej (138 przypadków) otrzymał wynik dodatni w 36%, z pośród 129 chorych bez objawów gruźlicy czynnej otrzymał 14% wyników dodatnich.

Bohdanowiczówna zbadała 74 surowic i otrzymała odczyn dodatni w 80%, 4 surowice osób zdrowych dały wynik ujemny.

Mikułowski w badaniach na dzieciach (106 przyp.), stwierdził 77.5% wyników dodatnich w gruźlicy czynnej; 65.4% w przypadkach gruźlicy początkującej i 0% w przypadkach o gruźlicę nie podejrzanych.

Badany przezemnie materjał dotyczy przypadków bardzo różnorodnych, pochodzi od chorych rozmaitych oddziałów Szp. Dz. Jezus. Badania dotyczą surowicy krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego oraz płynów wysiękowych z opłucnej i otrzewnej; ogólnie zbadałem przeszło 350 surowic i płynów. Rozpocznę od podania wyników odczynu w surowicy i podzielę je na trzy grupy: a) schorzeń wewnętrznych, b) schorzeń chirurgicznych i c) schorzeń skóry.

Do pierwszej grupy należy 125 surowic w rozmaitych przypadkach schorzeń wewnętrznych: z tych 60 dotyczy przypadków gruźlicy z których 49 czyli 82% dały wynik silnie dodatni; 5 czyli 8% słabo dodatni i 6 czyli 10% wynik ujemny. Wszystkie powyższe przypadki dotyczą gruźlicy płuc, zapalenia opłucnej lub otrzewnej. W schorzeniach niegruźliczych zbadałem surowic 64 razy: 58 razy czyli w 91% z wynikiem ujemnym i 6 czyli 9% z wynikiem silnie dodatnim. Te ostatnie przypadki dotyczyły chorych z następującem rozpoznaniem: *Ca. ventriculi (marasmus), Diabetes, Nephritis, Tabes dorsalis, Dil. arcus aortae, lues cerebri;* zwrócę uwagę na to, że z tych 6 przypadków — 3 *(tabes, lues cerebri, dil. arcus aortae)* są na tle kiły i zaznaczę, że u osobników z dodatnim

odczynem Wassermanna może wystąpić dodatni odczyn również i z gruźliczym antygenem. (Besredki).

Przechodzę do sprawy wyników odczynu wiązania dopełniacza z płynami wysiękowemi z opłucnej i otrzewnej. Z badań tych wynika, że tego rodzaju zastosowanie odczynu Besredki może mieć znaczenie rozpoznawcze, w płynach bowiem wysiękowych pochodzenia gruźliczego odczyn był zazwyczaj bardzo silnie dodatni, często nawet silniejszy znacznie od odczynu w surowicy krwi; być może okoliczność ta pozostaje w pewnym związku ze sprawą miejscowego wytwarzania niweczników przeciwgruźliczych. Kwestją tą zajmował się z pośród polskich badaczy Karwacki i wykazał obfitość aglutynin w plwocinie i płynach wysiękowych osobników chorych na gruźlicę.

Płyny wysiękowe z opłucnej udało mi się zbadać w 57 przypadkach, z nich 54 należy do schorzeń gruźliczych (zaznaczam, że równocześnie badanie płynu pod względem cytologicznym zgadzało się z tem rozpoznaniem). Z tych 54 przypadków 49 czyli 90% dało wynik wiązania dopełniacza silnie dodatni, pozostałe 5 czyli 10% — wynik ujemny; w trzech z pośród tych pięciu odczyn z surowicą krwi wypadł dodatnio. Jako kontrolę mogę przytoczyć badanie trzech płynów z opłucnej pochodzenia niegruźliczego. We wszystkich tych przypadkach wynik odczynu był ujemny. Są to przypadki ziarnicy złośliwej, nowotworu szyi i zapalenia płuc i opłucnej pochodzenia niegruźliczego — w wielką ilością pneumokoków z surowiczo-ropnym płynie z opłucnej).

Zaznaczę, że w 4 przypadkach wykryto obecność prątków Kocha w badanym płynie surowiczoropnym z opłucnej. we wszystkich tych płynach odczyn Besredki wypadł silnie dodatnio, co przeczy twierdzeniu niektórych autorów, że w podobnych razach odczyn wiązania dopełniacza jest zazwyczaj ujemny.

Płynów z otrzewnej zbadałem 12, z nich 8 z powodu gruźlicy otrzewnej lub *poliserositis* na tle gruźlicy, z tych 8 w 7 przypadkach odczyn Besredki był silnie dodatni, w jednym zaś ujemny (surowica krwi w tym przypadku dała wynik dodatni).

Płynów z otrzewnej pochodzenia niegruźliczego mam 4 — wszystkie z wynikiem ujemnym odczynu Besredki, mianowicie: dwa przypadki przesięku z powodu wady serca, jeden przypadek raka macicy z przerzutami do otrzewnej i jeden przypadek marskości wątroby.

Nadto zbadałem płyn z kolana w dwóch przypadkach gruźliczego schorzenia stawu kolanowego — w obydwu wynik odczynu był silnie dodatni. O ile zestawimy te przypadki, w których jednocześnie poddano badaniu płyn wysiękowy i surowicę krwi — uderza ta okoliczność, że zazwyczaj odczyn wiązania dopełniacza wypada silniej w płynie wysiękowym, w 4 przypadkach odczyn surowicy krwi był ujemny, w płynie zaś wysiękowym dodatni; być może sprawa ta jest w związku z powyżej wzmiankowanem miejscowem wytwarzaniem niweczników.

Na podstawie tych spostrzeżeń starałem się dokonać badania płynów wysiękowych, otrzymanych bezpośrednio z chorego ogniska; w tym celu próbowałem w przypadkach gruźlicy skóry z ujemnym odczynem Besredki w surowicy krwi — przez zastosowanie odmrożenia śniegiem kwasu węglowego wywołać powstanie pęcherza na chorem ognisku w celu zbadania jego treści.

Dzięki trudnościom technicznym (pęcherz pęka, surowicy mało i t. d.), udało mi się zbadać płyn tylko w 5 przypadkach, we wszystkich wynik odczynu był silnie dodatni, wszystkie przypadki dotyczą zwykłego tocznia *(lupus. vulg.)*.

Badania płynu mózgowo-rdzeniowego dają autorom najgorsze wyniki; sam Besredka oraz Nelter spostrzegali 12 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z wynikiem ujemnym; inni otrzymywali wyniki nieco lepsze, nieprzekraczające jednak 50% zgodności ze spostrzeżeniami klinicznemi.

Moje badania obejmują 26 przyp., z nich 5 dotyczyło gruźlicy opon mózgowo-rdzeniowych, w dwóch przypadkach odczyn Besredki wypadł dodatnio. Pozostałe przypadki w ilości 21 dotyczą schorzeń niegruźliczych, dały one 3 razy wynik słabo dodatni, mianowicie: dwa razy w przypadkach nagminnego zapalenia opon i raz jeden w przypadku kiły mózgu.

Trudno rozstrzygnąć, czy gorsze wyniki, otrzymywane w gruźlicy z płynami mózgowo-rdzeniowemi tłumaczyć należy nieodpowiednią techniką, czy też zależne są od okresu choroby, w którym dokonano badania; na tym ostatnim punkcie widzenia stoi sam Besredka. Jeden z przypadków objętych moją statystyką, zdaje się, potwierdza pogląd Besredki, w przypadku tym bowiem dodatni odczyn w płynie przy powtórnem badaniu przed śmiercią nie wystąpił — na sekcji stwierdzono gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Odczyn dodatni w surowicy krwi w gruźlicy gruczołów chłonnych wypada w 25—37%; lepsze wyniki otrzymywano w przypadkach gruźlicy chirurgicznej (kości i stawów.) — W niektórych statystykach odsetek wyników dodatnich wynosi 87.5, a nawet przekracza tę cyfrę. Co się tyczy gruźlicy narządów moczopłciowych, to Maisonet spostrzegał 90% wyników dodatnich w gruźlicy nerek i tylko 12% w niegruźliczych schorzeniach nerek. W przypadkach gruźlicy narządów płciowych liczby te są niższe, osiągają jednakże 68% dodatnich wyników, w gruźlicy jądra lub najądrza. Przechodzę do przypadków gruźlicy chirurgicznej badanych przeze mnie; naogół zbadałem 20 przypadków gruźlicy kości i stawów — wynik dodatni otrzymałem w 15 przypadkach co równa się 75%.

Badania surowicy krwi w przypadkach gruźlicy skóry są nader szczupłe i wyniki tych badań (na podstawie piśmiennictwa) są bardzo różnorodne. W najlepszych jednakże statystykach odsetek wyników dodatnich nie przekracza 70—75. Gruźlica skóry występuje, jak wiadomo, w rozmaitych klinicznych postaciach, mogą być one jednakże rozpatrywane wspólnie, ponieważ schorzenia w tych wypadkach wywołuje działanie samych prątków w tkance. Jest to właściwa gruźlica skóry w odróżnieniu od tak zwanych tuberkulidów. Wtej ostatniej grupie (tuberkulidów) bezpośredniego udziału prątków w powstawaniu choroby nie udowodniono; na podstawie jednakże zespołu klinicznego i anatomicznego przypuszczamy, że schorzenia te wywołuje jad prątków Kocha.

Przypadków gruźlicy skóry zbadałem 45, z nich w 25 czyli w 56% odczyn odchylania dopełniacza wypadł dodatnio; w pozostałych 44% — ujemnie, wynik ten jest zatem znacznie gorszy, niż w przypadkach gruźlicy płuc i narządów wewnętrznych. Zwrócę jednakże uwagę na to, że we wszystkich przypadkach t. zw. tuberkulidów (zbadałem 10) wynik odczynu Besredki był bardzo silnie dodatni.

Wyniki badania surowicy krwi w przypadkach gruźlicy skóry na podstawie danych z piśmiennictwa wypadają znacznie pomyślniej, tak naprz. Goldenberg i Fried spostrzegali 83% wyników dodatnich. Bithoux wykazał, że leczenie nawet miejscowe ognisk gruźliczych wpływa na wynik odczynu, być może, tem tłumaczyć można mały odsetek dodatnich wyników mojej statystyki. Z punktu widzenia klinicznego zwrócę uwagę na tę okoliczność, że rozległość zmian na skórze nie jest w związku z siłą odczynu; spostrzega się bowiem chorych z nieznacznemi zmianami i silnym odczynem wiązania dopełniacza i odwrotnie.

Przy omawianiu wartości odczynu odchylania dopełniacza w gruźlicy należy uwzględnić kwestję jego swoistości; a to z tego względu, że opisywano występowanie odczynu dodatniego nie tylko w gruźlicy. Szczególne znaczenie ma występowanie dodatniego odczynu Besredki u kiłowych, fakt ten potwierdzają liczni badacze i pobudził on do opracowania techniki wykluczającej możliwość tego błędu. W tym też celu Wassermann zaproponował stosowanie specjalnego antygenu przygotowanego z zawiesiny prątków z domieszką tetraliny; na podstawie danych z piśmiennictwa można twierdzić, że próba ta nie powiodła się.

Fakt występowania dodatniego odczynu Besredki u kiłowych nie przeczy swoistości odczynu, ponieważ surowice kiłowe dają odczyn odchylania dopełniacza z rozmaitemi antygenami, zawierającemi lipoidy; dokonałem u 34 osobników kiłowych z dodatnim odczynem Wassermanna jednocześnie odczynu Besredki, z tych 34 przypadków odczyn Besredki wypadł dodatnio 19 razy (55%). Praktycznie należy stąd wysnuć ten wniosek, że w przypadkach dodatniego odczynu Wassermanna, odczyn Besredki niema wartości rozpoznawczej. Aczkolwiek dodatni odczyn Besredki może wystąpić u osobnika kiłowego z dodatnim odczynem Wassermanna — odczynów tych nie powoduje ten sam czynnik i nie polegają one na tych samych zmianach w surowicy; dowodem tego jest zniknięcie odczynu Wassermanna po leczeniu kiłowem i utrzymanie się odczynu Besredki, co spostrzegałem u jednego chorego.

Na zakończenie przytoczę kilka przypadków, w których uwypukla się praktyczna wartość omawianego odczynu.

W jednym przypadku *poliserositis* na tle niewyjaśnionem z podejrzeniem gruźlicy odczyn Besredki wypadł kilkakrotnie ujemnie (tak w surowicy jak w płynie wysiękowym). Dalsza obserwacja wykazała, że chodziło w tym przypadku o raka macicy z przerzutami.

W jednym przypadku obecności nieznacznej ilości jałowego surowiczo-ropnego płynu w opłucnej odcz. B. w tym płynie był dodatni, w surowicy zaś krwi ujemny, przy powtórnem zaś badaniu dodatni; rozpoznanie pozostawało przez pewien czas nieustalone, dalsza obserwacja wyjaśniła sprawę jako gruźliczą.

W jednym przypadku ostrej gorączkowej choroby rozpoznanie nasuwało podejrzenie duru brzusznego; Widal — ujemny, posiew krwi ujemny, odcz. Besredki w surowicy dodatni; dalszy przebieg choroby i sekcja wyjaśniły sprawę jako *meningitis tbc.*

Nadto przytoczę przypadek gruźlicy opon mózgowo-rdzeniowych stwierdzony sekcyjnie, w którym rozpoznanie pierwotne

przemawiało raczej za zapaleniem nagminnem; w tym przypadku odczyn Besredki w płynie mózgowo-rdzeniowym od początku był dodatni.

W innym przypadku rozpoznanie u chorej w stanie ogólnego wyczerpania z nieznacznemi objawami w zakresie nerwów czaszkowych, napotykało na znaczne trudności i ostatecznie zostało wyjaśnione na sekcji, przypadek ten dotyczył *tuberculum solitare cerebri.* Odczyn Besredki w surowicy krwi tej chorej był silnie dodatni.

W dwóch przypadkach miałem sposobność zbadać krew chorych na ziarnicę złośliwą, w obydwu odczyn Besredki był ujemny. W trzecim przypadku z tem samem rozpoznaniem, odczyn wypadł dodatnio — dalsza obserwacja wykazała, że była to gruźlica gruczołów chłonnych. Z faktu ujemnego odczynu Besredki w ziarnicy złośliwej nie wysnuwam zresztą żadnych wniosków etjologicznych.

W 6 przypadkach duru brzusznego odczyn Besredki wypadł ujemnie.

Wnioski:

1. Odczyn Besredki w gruźlicy ma podstawy teoretyczne i doświadczalne, oraz znaczenie praktyczne.
2. Omawiany odczyn daje największy % wyników zgodnych z rozpoznaniem klinicznem w gruźlicy narządów wewnętrznych, równa się on w tych przypadkach 90%.
3. W gruźlicy chirurgicznej odsetek jest niższy i osiąga na moim materjale 75.
4. Najgorsze wyniki otrzymuje się w badaniach pł. m. rdz., jest to w zgodzie z obserwacjami innych autorów.
5. W chorobach skóry odsetek wyników zgodnych z kliniką jest mniejszy i osiąga zaledwie 56%.
6. Zasługują na uwagę badania płynów wysiękowych.

Piśmiennictwo.

1) Arnmud: Ann. de med. 1922. — 2) Bachmann: Cpt. rend. de la soc. de biol. 1923. N. 5. — 3) Boas: Ann. de derm. 1922. N. 12. — 4) Brocq-Rousseau: Cpt. rend. de la soc. de biol. 1922. N. 26. — 5) Bohdanowicz: Lek. Wojsk. — 6) Besredka: Cpt. rend. de la soc. de biol. 56. — 7) Crampton: Cpt. rend. de la soc. de biol. 1922. N. 17. — 8) Calmette: Monografja. — 9) Calmette Massel: Ann. Inst. Past. T. 28. — 10) Jasieński: P. Gaz. lek. 1925. N. 3—4. — 11) Janusz: Polska Gaz. lek. — 12) Goldenberg: Cpt. rend. de la soc. de biol. 1922. N. 4. — 13) Leifert: Klin. Woch. 1923. N. 33. — 14) Rieux i Bass: Ann. Inst. Past. 1921. N. 6. — 15) Mikułowski: Pedjatr. pol. 1924. — 16) Urbain: Cpt. rend. de la soc. de biol. 1922. N. 6. — Tenże: La reaction i t. d. — Tenże: An. de l'Inst. Pasteur 1922. N. 6. — 17) Massias: Cpt. rend. de la soc. de biol. 1922. N. 17.

Dr. Stanisław OSTROWSKI, asystent. Lwów.

Układ wegetacyjny a gruźlica skóry z uwzględnieniem odczynu tuberkulinowego.

(Z kliniki dermat. U. J. K. Dyr.: Prof. Dr. Jan Lenartowicz).

W badaniach nad zachowaniem się układu wegetacyjnego doszedłem do wniosku, że kiła działa na wspomniany układ względnie jego składowe części w kierunku zmniejszenia lub wzmożenia pobudliwości. Mogłem nawet wykazać pewnego rodzaju okresową chwiejność, tej pobudliwości, zależnie od okresu kiły. Wyraziłem tam również przypuszczenie, że stan ten zależy najprawdopodobniej od wrażliwości układu wkrewno-wegetacyjnego na jad kiłowy, przyczem niepomierną rolę odgrywa zapewne konstytucja ustroju, zewnętrzne warunki życiowe i t. p.

Starałem się na tej podstawie przeprowadzić analogiczne badania w gruźlicy skóry. Przypuszczałem bowiem, że i w schorzeniu tem znajdę pewne odchylenia w zachowaniu się układu wegetacyjnego, choćby ze względu na charakter konstytucjonalny tego schorzenia w znaczeniu Fingera, a mianowicie, przewlekłość w przebiegu, skłonność do zajmowania gruczołów chłonnych, oraz podobieństwo z kiłą w umiejscowieniu i utkaniu nacieku, mimo różnicy czynników chorobotwórczych.

Chodziło mi nadto o przekonanie się czy można wnioskować z postaci wykwitów gruźliczych o zachowaniu się układu wegetacyjnego.

Wreszcie zajmowało mię zagadnienie odczynu tuberkulinowego i pytanie czy ewentualny stan układu wegetacyjnego chorych z gruźlicą skóry może mieć wpływ na powstanie tego odczynu, oraz jak się zachowuje odczyn Mantoux pod wpływem jadów wegetacyjnych.

I.

Niejakie potwierdzenie słuszności co do łączności układu wegetacyjnego znalazłem u autorów takich jak: Deutsch, Hoffman, Guth, Curschman i inni, którzy starali się wykazać tę łączność u chorych z gruźlicą płuc. Zwłaszcza w tym ostatnim wypadku dawały pewne usprawiedliwienie objawy takie jak: dzienne wahania krzywej ciepłoty, rumieńce policzków, rozszerzenie źrenic, nocne poty i t. d., objawy które nie dwuznacznie zwracały myśl w kierunku istnienia żywej współpracy układu wegetacyjnego w przebiegu choroby. Perrin i Jovanowicz doszli w badaniach swoich do wniosku, że u chorych z gruźlicą płuc można wykazać w okresie początkowym wzmożoną pobudliwość układu współczulnego, idącą w parze ze stanem allergji, zaś w okresie końcowym osłabienie pobudliwości tego układu z towarzyszącym stanem anergji. E. Guth natomiast dochodzi do wniosku, że gruźlicy płuc induratywnej towarzyszy sympaticotonja, zaś w formach wysiękowych — vagotonja.

Badania moje dotyczyły w 45 przypadkach właściwej gruźlicy skóry, z pominięciem całej skali tuberkulidów. Chodziło mi bowiem o zachowanie się układu wegetacyjnego, u chorych z takiemi postaciami gruźlicy w jakich powstanie zmian w skórze niedwuznacznie przypisujemy prątkom Kocha. Na 45 przypadków 25 dotyczyło osób płci męskiej, — 20 płci żeńskiej. Z tej liczby przypadło na *tbc. luposa* — 33 przypadków, na *tbc. verrucosa* — 4 przypadki, 8 zaś przypadków na *tbc. colliquativa.* Badania przeprowadzałem w równych warunkach, i odpowiednich odstępach czasu, uwzględniając różny okres utajonego prawdopodobnie działania jadów wegetacyjnych dla różnych jadów różny. Używałem, jak poprzednio pilocarpiny 1% adrenaliny (Spiess) 0.3, 0,5, 1‰ (Hoechst), oraz atropini sulf. 1‰ metodą Danielopolu. Zwracałem przytem baczną uwagę na tętno, odruch oczno-sercowy, zachowanie się zdolności hamującej N. X; na objawy naczyniowo-ruchowe, i wydzielanie skóry i gruczołów, na zachowanie się narządów wewnętrznych i t. d.

Na 45 chorych przypadło 30 chorych ze zmianami skórnemi gruźlicy nieleczonej, z czego 2 przypadki dotyczyły nawrotów w bliznach samoistnego wyleczenia. Reszta t. j. 15 przyp. dotyczyło chorych leczonych ogólnie promieniami pozafiołkowemi (45—60 naświetlań) oraz miejscowo 20% maścią pyrogallusową.

Z grupy I-ej (32 przypadków) u 18 chorych płci męskiej, stwierdziłem w 13 przypadkach, oddziaływanie obojnacze układu wegetacyjnego (amfotonia), z silną pobudliwością układu autonomicznego krzyżowego w 4-ch przypadkach; w 4 przypadkach znalazłem względną pobudliwość układu współczulnego, w 1 przypadku osłabienie obojnacze. U 14 chorych płci żeńskiej zanotowałem 2 przypadki obojnaczej pobudliwości układu wegetacyjnego, 8 przypadków względnej sympatykotonji, 4 przypadki obojnaczego osłabienia układu wegetacyjnego (hipo-amfotonja). W odcinku sercowym znalazłem w tej grupie 16 razy wzmożenie pobudliwości odcinka współczulnego, 16 razy osłabienie odcinka parasympatycznego — (hypovagotonja). W grupie II-giej stwierdziłem u 7-miu chorych rodzaju męskiego — 4 przypadki prawidłowego układu wegetacyjnego; 3 przypadki osłabienia obojnaczego układu wegetacyjnego; u 6 chorych rodzaju żeńskiego 2 przypadki prawidłowego układu wegetacyjnego, — 4 przypadki ogólnego osłabienia wegetacyjnego. W odcinku sercowym badanie wykazało: 5 przypadków prawidłowego odcinka układu wegetacyjnego, w 7 przypadkach osłabienie odcinka sercowego. Ogółem biorąc badanie wykazało na 45 przypadków:

Grupa I.

15 przypadków obojnaczej pobudliwości układu weg.
12 przypadków względnej pobudliwości układu współ.
5 przypadków obojnaczego osłabienia układu weg.

Grupa II.

6 przypadków prawidłowego układu wegetacyjnego.
7. przypadków obojnaczego osłabienia układu wegetacyjnego.

Z zestawienia tego wynika: że chorzy ze zmianami czynnemi w skórze mają przeważnie wzmożoną pobudliwość obojnaczą, lub układu współczulnego, zaś u leczonych pobudliwość układu wegetacyjnego jest prawidłowa względnie stwierdzamy obojnacze osłabienie układu wegetacyjnego. Jeżeli uwzględnimy, że ten ostatni stan układu wegetacyjnego ,przyjmujemy jedynie na podstawie 'teoretycznej oceny zachowania się tego układu na jady wegetacyjne, zaś klinicznie zachodzi trudność w odróżnieniu tego stanu od prawidłowego, to przyjęcie obojnaczego osłabienia układu wegetacyjnego jako pozorną równowagę, pozwoli nam zaliczyć przypadki te do stanu, który w okresie wyleczenia jest prawidłowy. Zachodzi jednak wątpliwość, czy można przyjąć to tłumaczenie i dla 5 przypadków ze zmianami skórnemi. W jednym z tych przypadków prócz rozległych zmian gruźliczych, mieliśmy do czynienia z kiłą nieleczoną (O. W. ++++). U chorej tej przeprowa-

dziłem badanie układu wegetacyjnego, już po ukończeniu leczenia swoistego i po przejściu odczynu Wassermanna z dodatniego w ujemny. Stan zatem układu wegetacyjnego nie odbiegał w tym przypadku od tego, co znalazłem u chorych kilowych po leczeniu, a mianowicie: osłabienie układu wegetacyjnego, które uważałem jako pozorną równowagę mogącą w każdej chwili ulec zachwianiu. W 4 innych przypadkach stan ten dotyczył chorych z *tbc. colliquativa*. Kładę nacisk na te przypadki, ponieważ zachodzi wybitna różnica pomiędzy niemi, a postacią toczniową gruźlicy skóry, bez możności rozstrzygnięcia czy w tych razach należy osłabienie układu wegetacyjnego uważać za stan jego dodatni czy ujemny. Przypadki gruźlicy skóry leczonej wskazują na dodatni wpływ leczenia ogólnego i miejscowego oraz zmienionych warunków życiowych (pobyt w klinice) na zachowanie się układu wegetacyjnego. Chodziłoby jednak o wglądnięcie w przyczyny zachwiania pobudliwości układu wegetacyjnego u chorych nieleczonych. W tym celu rozpatrzymy pokrótce niektóre okoliczności usposabiające według wielu autorów ustrój do gruźlicy skóry. Jeżeli chodzi o wiek naszych chorych, mieliśmy następujące dane:

pomiędzy 11—15 rokiem życia 8 chorych
pomiędzy 16—20 rokiem życia 20 chorych
pomiędzy 21—30 rokiem życia 13 chorych
pomiędzy 31—50 rokiem życia 4 chorych

Chorzy nasi pochodzili w 4/5 ze wsi, reszta z dzielnic podmiejskich. Okoliczność ta odgrywa pewną rolę w schorzeniu gruźliczem ze względu na nieodpowiednie nieraz warunki higjeniczne i rodzaj odżywiania, czynniki zmniejszające odporność osobniczą ustroju i skóry a przez to i układu wegetacyjnego. W materjale moim na podstawie wywiadów mogłem stwierdzić występowanie gruźlicy skóry już w pierwszych 10 latach życia u 32 chorych, a zatem w ok. 60 procentach, reszta (13 przypadków) przypadała na wiek między 11—45 rokiem życia, czego po uwzględnieniu przestrzeni i miejsca zajęcia skóry przez gruźlicę (np. pośladków głównie w wieku dziecięcym) mogliśmy z wielkiem prawdopodobieństwem przenieść 5 przypadków do grupy poprzedniej. Jeżeli uwzględnimy fakt wczesnego zakażenia ustroju prątkiem gruźlicy i towarzyszącą młodości już fizjologicznie pobudliwość układu parasympatycznego (vagotonja), to musi się nasunąć wniosek, że pobudliwość układu wegetacyjnego względnie współczulnego nastąpiła po zakażeniu, albo że były one wynikiem podłoża konstytucjonalnego, otaczających warunków, i t. p. Barwa włosów u chorych mego materjału podobnie jak barwa tęczówek i skóry, nie odbiegała, uwzględniając rasę i klimat od przeciętnego stanu u ludzi zdrowych. Natomiast dziedziczność względnie usposobienie wrodzone odgrywały w naszych przypadkach dość poważną rolę. Na podstawie wywiadów zanotowałem zaledwie w 6 przypadkach gruźlicę narządów wewnętrznych u rodziców, zaś w 1 przypadku gruźlicę skóry u rodzieństwa. Na 45 chorych stwierdziłem w 5 przypadkach *habitus phtisicus;* dostrzeżony w 25 przypadkach *habitus lymphaticus,* dotyczył przeważnie chorych z gruźlicą rozpływną i gruźlicą błon śluzowych; reszta przypadków poza nierównomiernością długości tułowia w stosunku do odnóży nie odbiegała od przeciętnej somatycznej, odpowiadającej charakterowi nizinnemu tej połaci naszego kraju. Z przeglądu wymienionych czynników usposobiających wynika poniekąd, że przeważną rolę odgrywała w naszych przypadkach skłonność osobnicza, idąca przypuszczalnie w parze z jadowitością zarazka gruźliczego, z wczesnem zakażeniem, w pewnej mierze z konstytucją ustroju, tudzież z właściwościami samej skóry, jako narządu samoobrony. Zwróciłem uwagę na częstość zakażenia prątkiem gruźliczym i zmian w skórze już w 1-szym dziesiątku lat naszych chorych. Wspomniałem przytem, że wiekowi temu odpowiada pobudliwość układu parasympatycznego. Jeżeli w okresie czynnych zmian w skórze tak często mogłem stwierdzić zmienioną pobudliwość układu wegetacyjnego, względnie współczulnego, to stan ten wskazywałby przypuszczalnie na zmienione warunki pod wpływem jadu gruźliczego. Byłoby to poniekąd równoległe zachowanie się tego układu z tem co mogłem wykazać u chorych kilowych. Wskazywałoby na to podobieństwo: z jednej strony wzmożenie pobudliwości układu współczulnego względnie obojnacza pobudliwość układu wegetacyjnego w okresie zmian w skórze, z drugiej strony powrót do równowagi, względnie osłabienie obojnacze układu wegetacyjnego po leczeniu.

II.

Dalszem zagadnieniem w badaniach moich była chęć przekonania się czy można wnioskować z postaci wykwitów gruźliczych, a zatem z bujania tkanki gruźliczej, rozpadu lub bliznowacenia czyli pewnego rodzaju wyleczenia procesu gruźliczego — o zachowaniu się układu współczulnego względnie autonomicznego. Powodem do postawienia takiego rodzaju pytania była praca Brüninga. Autor ten doszedł do wniosku na podstawie prac własnych i sympatektomji okołonaczyniowej Leriche'a, że nadmierna pobudliwość układu współczulnego prowadzi do zwyrodnienia tkanek; obniżenie prawidłowej pobudliwości układu współczulnego działa w kierunku odnowy tkanki, natomiast zniesienie lub znaczne osłabienie pobudliwości układu współczulnego prowadzi do przerostu.

Brüning ułożył nawet tabelkę napięcia układu współczulnego, a mianowicie:

+++ = obumarcie tkanek (wrzody)
++ = zwyrodnienie
+— = równowaga troficzna,
—— = odnowa tkanek
——— = przerost.

Proces gruźlicy skóry ma charakter zapalenia przewlekłego. Raz dochodzi tu do rozpadu, innym znów razem do pozornej stagnacji procesu, ograniczenia ogniska, a nawet do wyleczenia przez wytworzenie się płaskiej lub wyniosłej blizny już to w drodze samoistnej lub w następstwie leczenia ogólnego i miejscowego. W tym ostatnim wypadku tworzą się niejednokrotnie drobne ogniska na obwodzie czasem w bliźnie, które pod wpływem różnych bodźców mogą przejść ponownie cykl rozwojowy właściwy gruźlicy skóry *(tbc. luposa)*. Odbiega poniekąd od tego typu gruźlica brodawczasta, czy to ze względu na rodzaj prątka, któremu przypisuje się powstanie tej postaci gruźlicy *(typus bovinus)* czy to przez siedzibę ogniska chorobowego i osobniczą skłonność oddziaływania samej skóry. Nie mniej różni się od obu postaci, gruźlica rozpływna oraz gruźlica błon śluzowych. Pomijam drogi zakażenia i ewentualny ich wpływ na postać danej gruźlicy skóry, czy błon śluzowych. W każdym razie rozpatrując z punktu anatomicznego i klinicznego te trzy postacie gruźlicy nie można zapominać, że niejednokrotnie można spotkać w tych postaciach równoczesny proces rozpadu obok regeneracji troficznej, lub nadmierne bujanie w sąsiedztwie ubytku. Trudno sobie wyobrazić w tych razach, znając obraz histologiczny zmian gruźlicy, by układ współczulny na tak drobnej nieraz przestrzeni oddziaływał równocześnie w sposób tak różny: raz w kierunku wzmożonej drugi raz zmniejszonej nadmiernie pobudliwości, wreszcie by przytem mogła być zachowana równowaga troficzna (wytwarzanie blizny). Możliwość tego rodzaju tłumaczenia utrudnia nawet uwzględnienie teorji metamerów skóry Head'a-Brissauda. Mimo to koncepcja Brüninga oparta na wynikach sympatectomii periarterjalnej Leriche'a ma pewne uzasadnienie. I w przypadkach gruźlicy skóry możnaby ją podnieść poniekąd do należnego jej znaczenia, uwzględniając trudności rozgraniczenia w pewnych razach bujania tkanki chorobnie zmienionej od rozpadu w tej tkance. W moich przypadkch gruźlica czynna odpowiadałaby 2 stopniom wzmożonej pobudliwości układu współczulnego, gruźlica podleczona — równowadze troficznej względnie osłabieniu układu współczulnego. Stan taki odpowiadałby poniekąd moim wynikom badania układu wegetacyjnego z tem zastrzeżeniem, że upośledzeniu układu współczulnego towarzyszy osobnicza i swoista podatność skóry na jad gruźliczy, która sprawia że u danego osobnika występują wykwity tylko dla gruźlicy właściwe.

III.

Odczyn Pirqueta podobnie jak właściwa gruźlica skóry są stanem zapalnym. Znaną jest powszechnie hipoteza o wytwarzaniu się przeciwciał. Swoisty odczyn Pirqueta przedstawiają na podstawie tej hipotezy jako wczesny cykl rozwoju ogniska gruźliczego. Uwzględniając to stanowisko chodziło mi o wyjaśnienie czy ewentualny stan układu wegetacyjnego u chorych z gruźlicą może mieć wpływ na powstanie odczynu tuberkulinowego, wreszcie jak zachowuje się odczyn tuberkulinowy śródskórny Mantoux pod wpływem adrenaliny. W tym celu przeprowadziłem zestawienie odczynu dodatniego względnie ujemnego u 35 chorych z wykwitami gruźliczemi skóry oraz u leczonych, potem porównywałem te dane z zachowaniem się układu wegetacyjnego Wyniki odczynu tuberkulinowego metodą Mantoux były następujące:

Chorzy nieleczeni: 10 odczyn tbc. silny,
Chorzy nieleczeni: 2 odczyn tbc. mierny,
Chorzy nieleczeni: 8 odczyn tbc. słaby,
Chorzy nieleczeni: 3 odczyn tbc. ujemny,
Chorzy leczeni: 10 odczyn tbc. silny,
Chorzy leczeni: 2 odczyn tbc. słaby.

Odczyn tuberkulinowy występował zatem w naszych przypadkach z podobnem nasileniem tak u chorych ze zmianami skórnemi, u których notowaliśmy obojnaczą pobudliwość układu wegetacyjnego względnie współczulnego, jak również u leczonych z osłabieniem względnie prawidłową pobudliwością układu wegetacyjnego. Również nie można było myśleć o związku między stopniem odczynu tuberkulinowego a stanem układu wegetacyjnego. Okazało się nawet w naszych przypadkach, że tam gdzie mamy do czynienia z pewnego rodzaju uczuleniem układu wegetacyjnego względnie współczulnego, a zatem u nieleczonych — nie było zbyt wielkiej różnicy co do ilości przypadków pomiędzy odczynem tuberkulinowym silnym a słabym i ujemnym. Tu wyjaśnię, że oddzieliłem celowo odczyn słaby i ujemny od silnego. Miarą dla oceny siły odczynu były: czas utrzymywania się odczynu, objawy podmiotowe, (swędzenie, ból) i przedmiotowe (podwyższenie ciepłoty, wielkość nacieku, pęcherze, guzki, owrzodzenia w miejscu odczynu). Jeżeli tedy odczyn tuberkulinowy utrzymywał się z wymienionemi objawami podmiotowemi i przedmiotowemi, lub bez nich, lecz o dużem nasileniu miejscowem 10—15 dni, uważaliśmy taki odczyn za silny, jeżeli natomiast nasilenie miejscowe było małe bez objawów podmiotowych i znikało w 2—3 dni — uważaliśmy odczyn za słaby. Jeżeli uwzględnimy, że stara tuberkulina (Alttuberkulin) K o c h a jako obce białko, wprowadzone wśródskórnie już jako taka może dawać odczyn zapalny — stanie się poniekąd usprawiedliwionem moje zresztą ostrożne, umieszczenie odczynu tuberkulinowego ujemnego obok odczynu dodatniego słabego. Na podstawie tych przesłanek w zestawieniu z zachowaniem się układu wegetacyjnego można dojść do bardzo prawdopodobnego wniosku, że w przypadkach moich niema widocznego związku pomiędzy ogólnym stanem układu wegetacyjnego a powstawaniem i stopniem odczynu tuberkulinowego. Chodziłoby jednak o przekonanie się, czy warunki miejscowe w samej skórze, a zatem stan pobudliwości układu wegetacyjnego nie odgrywa pewnej roli w odczynie tuberkulinowym. Wiadomo przecież, że siatka zakończeń układu współczulnego odpowiada w skórze gęstości naczyń oraz gruczołów potnych, łojowych i gładkich mięśni właściwych. Trudno zatem wykluczyć ich współudział — choćby pośredni — w pewnych stanach chorobowych skóry, bez względu na bodziec i bramę wejścia czynnika, upośledzającego na stałe czy chwilowo czynność skóry. Niepodobna — zdaje się — oddzielić żadnego ze stanów zapalnych zwłaszcza swoistych od współuczestnictwa naczyń włosowatych, którym towarzyszą nerwy zwężające naczynia współczulne a może i rozszerzające je autonomiczne.

Z tego założenia wychodząc przeprowadziłem w 35 przypadkach doświadczenie nad zachowaniem się odczynu tuberkulinowego M a n t o u x pod wpływem adrenaliny, działającej pobudliwie na układ współczulny. Wziąłem pod rozwagę, odczyn śródskórny, jako najbardziej czuły, pozatem mając na względzie zdolność resorbcyjną tej warstwy oraz przypuszczalnie większe uczulanie zakończeń układu wegetacyjnego. Doświadczenia przeprowadziłem porównawczo z odczynem tuberkulinowym M a n t o u x na drugiem przedramieniu, już to równocześnie — już to w chwili wygasania odczynu tuberkulinowego. Chodziło mi bowiem w pierwszym razie o uniknięcie autosugestji, a w drugim o przekonanie czy suma równocześnie wprowadzonej tuberkuliny na obu przedramieniach nie działa hamująco na ewentualny wpływ adrenaliny. Technika odczynu M a n t o u x jest znana. Podobną technikę zastosowałem dla wprowadzenia adrenaliny 1⁰/₀₀, używając stale jednakowej jej ilości, równej zresztą co do objętości zawiesinie starej tuberkuliny Kocha.

Po wprowadzeniu adrenaliny czekałem do chwili wystąpienia pola anemicznego, poczem wprowadzałem już to w środek tegoż pola, już to na jego obwodzie zawiesinę starej tuberkuliny metodą M a n t o u x. Odczytywanie zaczynało się następnego dnia i trwało do wygaśnięcia odczynu. Zanim przystąpimy do omówienia wyników muszę podnieść, że pierwszym. który przeprowadził badania w tym kierunku był M o r o. Badania jednak jego, jak i późniejsze G u t h a-S t a h l a dotyczyły odczynu tuberkulinowego P i r q u e t a. M o r o uważa swoisty odczyn skórny P i r q u e t a jako zapalenie angioneurotyczne, występujące po silnem zadrażnieniu dróg wasodilatacyjnych układu wegetacyjnego. Uważa on, że obecność i współdziałanie przeciwciał w tym odczynie nie są udowodnione oraz, że hipoteza o przeciwciałach może służyć jedynie dla ułatwiania zrozumienia swoistości odczynu tuberkulinowego. W razie odrzucenia tej hipotezy, trzebaby zdaniem jego przyjąć, że u osób gruźliczych istnieje swoista pobudliwość układu współczulnego (wegetacyjnego) na tuberkulinę, tak zwana swoista nerwowa allergja. E. G u t h, któremu, zdaje się, były nieznane zapatrywania M o r o — wykazał, że przez wstrzykiwanie adrenaliny można znieść odczyn P i r q u e t a i wtórną gorączkę u chorych, którzy oddziaływali stale na tuberkulinę Kocha. G u t h dopatruje się w odczynie P i r q u e t a podniesienia napięcia w układzie autonomicznym (parasympatycznym). S t a h l idzie dalej i uważa odczyn ogniskowy (Herdreaktion) P i r q u e t a jako wagotonję śródskórną, doprowadzającą przez bodziec nowego odczynu P i r q u e t a do ponownego wystąpienia odczynu w miejscu dawnego odczynu P i r q u e t a o komórkach łatwo uczulonych (Ansprechbarkeit). S t a h l odrzuca przytem wytwarzanie komórek rozpadu *(lysine, antikutine)* jako zbyteczne. Wracając do naszych doświadczeń można było zauważyć, że w 13 przypadkach, gdzie odczyn tuberkulinowy M a n t o u x wypadł ujemnie lub słabo dodatnio, tam w miejscu wprowadzonej adrenaliny odczyn tuberkulinowy nie wystąpił wcale lub był zbyt słabo zaznaczony. Zaledwie w 2 przypadkach pośród tej liczby odczyn tuberkulinowy był nieco silniejszy w dniu odczytywania, oraz w następnych 2 dniach, poczem nastąpiło wyrównanie odczynu tuberkulinowego, i równomierne dość rychłe zniknięcie obu odczynów. W 10 przypadkach silnego odczynu tuberkulinowego — odczyn tuberkulino-wo-adrenalinowy wystąpił niemal z równie silnem natężeniem, zaś w 12 przypadkach odczyn tuberkulinowo-adrenalinowy był nieco lub znacznie słabszy w dniu odczytywania niż odczyn tuberkulinowy M a n t o u x. Odnosiłem wrażenie, że po fazie hamującej odczyn tuberkulinowo-adrenalinowy stawał się już następnego dnia wybitniejszy, nasilenie trwało czasem nawet dłużej niż po stronie kontrolnej w odczynie M a n t o u x, przyczem ten ostatni jak gdyby również zyskiwał na sile (odczyn ogniskowy). Adrenalina zatem działałaby w naszych przypadkach dodatniego odczynu tuberkulinowego początkowo hamująco (I okres) następnie pobudliwie (II-gi okres). W przypadkach gdzie wprowadzono tuberkulinę Kocha na obwodzie bąbla poadrelinowego, tam dochodziło do stanu zapalnego w miejscu anemizacji a nawet nieraz do wytworzenia się z czasem wykwitów przypomnających klinicznie wykwity gruźlicze, u danego chorego wyraźnie istniejące. Jak silny był niejednokrotnie odczyn miejscowy — dowodzą notowane przez nas objawy w 11 przypadkach: bolesność dość znacznego stopnia, w 6 przypadkach silne swędzenie, w 5 przypadkach pęcherze, w 2 przypadkach guzki, w 2 przypadkach odnogi pola anemicznego po adrenalinie zajęte odczynem tuberkulinowym, w 5 przypadkach podniesienie ciepłoty (do 38° C). Na podstawie tego możemy powiedzieć, że w naszych przypadkach adrenalina nie miała działania znoszącego odczyn tuberkulinowy M a n t o u x, conajwyżej w pewnej ilości przypadków działanie jej było początkowo poniekąd hamujące, następnie pobudliwe. Jak tedy można wyjaśnić różnicę między wynikami mojemi a G u t h a oraz czy zaprzeczyć łączności odczynu tuberkulinowego z układem wegetacyjnym? Wyniki doświadczeń moich są dalekie od wyników G u t h a. Może złożyło się nato, to, że miałem do czynienia z innym materjałem. Gdy G u t h, S t a h l, oraz M o r o przeprowadzali swoje badania u chorych z gruźlicą płuc, moje dotyczyły chorych z gruźlicą skóry. Już ta różnica może usprawiedliwia niezgodność wyników, biorąc choćby pod uwagę ogólny stan chorych z gruźlicą płuc, wahania dzienne ciepłoty i t. p. Ponadto badania wymienionych autorów odnosiły się do odczynu P i r q u e t a — który może łatwiej znosiła adrenalina; zwłaszcza, że i w warunkach prawidłowych stosunek częstości odczynu P i r q u e t a do odczynu M a n t o u x przemawia na niekorzyść pierwszego. Jakkolwiek jest, zapatrywania tych autorów mają swoją dozę słuszności. Wspomnieliśmy poprzednio, że niepodobna oddzielić żadnego ze stanów zapalnych w skórze od współuczestnictwa choćby pośredniego układu wegetacyjnego, zwłaszcza gruźlica skóry względnie odczyn tuberkulinowy P i r q u e t a czy M a n t o u x odbywa się w bezpośredniej łączności z naczyniami krwionośnemi. Spór o udziale tego układu przez włókna parasympatyczne (vasodilatacyjne) lub przez współczulne (vasoconstrictoryczne) pozostanie prawdopodobnie nierozstrzygnięty. Weźmy dla przykładu dwa różne wyniki działania adrenaliny na powstanie odczynu tuberkulinowego. G u t h po adrenalinie nie dostał odczynu P i r q u e t a. Ponieważ uważa, że odczyn tuberkulinowy jest pochodzenia parasympatycznego, rozumuje tedy słusznie, że wzmożona pobudliwość układu współczulnego pod wpływem adrenaliny nie dopuści do odczynu z powodu równoczesnego osłabienia dróg vasodilatacyjnych. Z drugiej strony z badań naszych wynika, że częściowo odczyn tuberkulinowo-adrenalinowy wystąpił z równem nasileniem jak odczyn M a n t o u x, częściowo uległ osłabieniu, rychło jednak wzmożeniu. Jeżeli pominiemy nasze wyniki sprzeczne z tezą G u t h a, przez to wykluczające ewentualny wpływ układu współczulnego, na powstanie i stopień odczynu tuberkulinowego, to wyniki dalsze poniekąd potwierdzałyby ją, zresztą tylko pośrednio. Pamiętamy, że w tych razach dostaliśmy początkowo pewne zahamowania, poczem nastąpiło wzmożenie odczynu. Stan ten mogliśmy z dużem prawdopodobieństwem przypisać adrenalinie. Wiadomo, że adrenalina działa między innemi zwężająco na naczynia, działanie to jednak jest przemijające, poczem występuje wzmożone parcie krwi i przepuszczalność naczyń. Być może, że

tej dwufazowości działania adrenaliny moglibyśmy przepisać dwufazowość w zachowaniu się odczynu tuberkulinowego. Być może również, że w przypadkach gdzie nasilenie było równe odczynowi Mantoux a nawet silniejsze, przyczyna tego leżała w krótszym okresie utajenia odczynu czyli, że notowania nasze, nie uchwyciły momentu zwężającego działania adrenaliny a przeciwnie okres jej drugi z następowem najwyższem nasileniem *(acme)*. Możliwość taką potwierdzałyby objawy notowane następnego dnia po doświadczeniach takie jak: pęcherze, guzki, ból, swędzenie i t. p. w miejscu odczynu, oraz trwanie samego odczynu. Czy byłby to dowód na wagotonję? Jeżeliby wykazano niedwuznacznie obecność vasodilatatorów, możnaby przyjąć w takim razie tezę Githa i Stahla. Mam jednak wrażenie, że w odczynie tuberkulinowym bierze udział przedewszystkiem przepuszczalność naczyń, zależna od układu wegetacyjnego oraz jakiś swoisty czynnik bez względu na to czy go nazwiemy przeciwciałem *lysinae* czy *antikutinae*. Czynnik ten nadaje odczynowi tuberkulinowemu cechę swoistości. Działanie w tym wypadku układu wegetacyjnego jest tylko — pośrednie, wykonawcze, naczynioruchowe. Nie można tego działania uważać jako allergję nerwową swoistą, gdyż nie mielibyśmy wtedy wśród gruźliczych dużego odsetka odczynu tuberkulinowego ujemnego, oraz allergja ta musiałaby przynajmniej częściowo zgadzać się ze stanem reszty układu wegetacyjnego.

* * *

Streszczając pokrótce wyniki moich badań mogę powiedzieć, że: 1) Stanom chorobnym czynnej gruźlicy skóry towarzyszy obojnacza pobudliwość układu wegetacyjnego, względnie wzmożona pobudliwość układu współczulnego. 2) Gruźlicy skóry rozpływnej towarzyszy przeważnie obojnacze osłabienie układu wegetacyjnego, względnie współczulnego. 3) U chorych leczonych, pobudliwość układu wegetacyjnego odpowiada normie względnie osłabieniu obojnaczemu. 4) Przeważną rolę odgrywa w tych razach skłonność osobnicza idąca w parze z jadowitością zarazka, wczesnem zakażeniem, konstytucją ustroju tudzież właściwościami samej skóry. 5) Czynna gruźlica skóry odpowiada — bez względu na postać wykwitu — obu stopniom wzmożonej pobudliwości układu współczulnego według Brüninga, gruźlica leczona zaś równowadze troficznej względnie osłabieniu układu współczulnego. 6) Jest brak widocznego związku pomiędzy ogólnym stanem układu wegetacyjnego a powstaniem i nasileniem odczynu tuberkulinowego (Mantoux). 7) Odczynu tuberkulinowego jako stanu zapalnego nie można oddzielić od współudziału naczyń włosowatych, zależnych od układu wegetacyjnego. 8) Adrenalina miała w pewnej części przypadków odczynu tuberkulinowego działanie hamujące, nie znosiła jednak odczynu. 9) Działanie adrenaliny dwufazowe wpływało na zachowanie się i następnie na stopień odczynu tuberkulinowego. 10) Odczyn tuberkulinowy zależy od przepuszczalności naczyń wysięku i limfocytozy), oraz nieznanego czynnika swoistego, nadającego cechy swoistości allergji skóry. 11) Układ wegetacyjny odgrywa w tym razie rolę pośrednią wykonawczą, przez włókna, towarzyszące naczyniom. 12) Czynność ta jest właściwą wszystkim stanom zapalnym, nie można jej odnieść do odczynu tuberkulinowego z powodu częstego nie występywania u chorych z gruźlicą, oraz niezgodności ze stanem reszty układu wegetacyjnego.

Piśmiennictwo.

1) E. Moro: Klin. Ueberempfindlichkeit I. Tuberkulinreakt. u. Nervensystem. Münch. Med. W. 39. 1908. — 2) E. Moro: Tuberkulinwirkung, Antikörperbildung u. veget. NS. Klin. Woch. 49. 1923. — 3) E. Guth: Lungentbc. u. weg. N. S. Zur Theorie d. Tbc. einwirkung. Beitr. z. Klin. d. Tbc. c. Bd. 54. H. 3 1919. — 4) E Guth: Lungentbc u. veg. N. S. Beitr. z. Klin. d. Tbc. c. 53. H. 1. 1922. — 5) E Guth: Lungentbc. u. veg. N. S. III. Analogien in Reaktionsablauf. Beitr. z. Klin. d. Tbc. B. 55. H. 1 1923. — 6. R. Stahl: Ueber Fernwirkung im Organismus. Herdreaction u. veg. N. S. Klin. Woch. 22. 1922. — 7) F. Bruening: D. troph. Function. d. symp. Nerv. Klin. Woch. 2 .1923. — 8) D. Klinkert: Entzündung, allerg. Imunitat u. Anaphylaxie. Klin. Woch. 14. 1922. — 9) Perrin-Jovanovicz: Tr. du S. N. organo-veg. et tbc. pulmon. Paris Medical 31. III. 1923. 10) Dresel: Neurosen d. veg. N. S. Erg. d. ges. Mediz. T. II. 1922. — 11) Loignel-Lavastine: Pathol. du Sympatique. Paryż 1924. — 12) O. C. Guillaume: Le Sympatique. Paryż. Nesson 1921. — 13) L. Muller: Lebensnerven. Berlin. Springer 1924. — 14) Lewandowsky: Tuberkulose d. Haut. Berlin. Springer 1916. — 15) St. Ostrowski: Zachowanie się u. weg. u kiłowych. Przegląd dermat. I. 1925. — 16) St. Ostrowski: Odruch o.-s. u chorych z dermatozami. P. Gaz. lek. 51. 1925.

Z PRAKTYKI.

Doc. Dr. med. Stefan STERLING-OKUNIEWSKI. Warszawa.

Przypadek ostrego włóknikowego zapalenia oskrzeli.

Ponieważ przypadki tego rodzaju, zwłaszcza ze zejściem pomyślnem, należą do stosunkowo rzadkich, pozwalam sobie przytoczyć opis przypadku, którego historja choroby jest następująca: St. St. Ok., l. 40, lekarz. Od 10 dni nieszczególne samopoczucie, zmęczenie, pokasływanie bez plwociny, bóle głowy, sen nieszczególny.

Dn. 19. 2. 1925 nagła, silna chrypka, ciepłota 37,6, gwałtowny ból głowy, suchy męczący kaszel. 20.2. zupełny bezgłos, szczekający kaszel, brak tchu, ciepł. o godz. 5 — 37,9, o godz. 9 — 38,3.

21. 2. Noc bezsenna, bezustanny suchy męczący kaszel, który w ciągu dnia pod wpływem środków uspokajających i wykrztuśnych cokolwiek się uspokoił. Plwocina, wydalana z dużym trudem, wykazuje wyraźne odlewy oskrzeli, długości do paru cm.



Ciepł. do 38.4, chwilami lekkie dreszczyki, uczucie bardzo silnego osłabienia, dość częsty brak tchu.

22. 2. Stan mniej więcej taki sam. Chrypka mniejsza, kaszel bardzo silny, od czasu do czasu plwocina zawsze w postaci odlewów oskrzeli. 23. 2. Noc bezsenna, gwałtowny suchy kaszel w nocy. Rano (ok. 9-ej), ok. 2—3 popł. i o 9-ej w. wybitne osłabienie, dreszczyki, silny ból głowy.

Obj. W płucach: prawostr. w szczycie lekkie wydłużenie wydechu, wypukowo nic specj. Na przestrzeni płatu dolnego stłumienie, oddech niesłyszalny, drżenie głosowe zniesione. Na linji pachowej nieliczne drobne rzężenia.

Lewostronnie: lekkie stłumienie na wierzchołku, oddech osłabiony, w dolnej części płuca, zwłaszcza ku przodowi poza linją pachową stare zrosty opłucnowe i opłucnowo-osierdziowe.

Serce: tony głuchawe, drugi wzmożony na tętnicy głównej z lekkim podmuchem diastolicznym. T. 112, napięte, miarowe.

Badanie plwociny: nadesłano kilkanaście włóknikowych odlewów oskrzelowych, zawierających nieliczne paciorkowce, pozatem trochę śluzu z ogromną liczbą paciorkowców, licznemi nabłonkami płaskiemi i nielicznemi leukocytami (limfocytów — 50%). Las. kwasoodpornych nie znaleziono (Dr. Szerypo).

24. 2. Po okładach, środkach wykrztuśnych, *(na. benz. — Camph. monobr.)*, płukaniu i t. d. chrypka znacznie mniejsza, ale duszność dość znaczna, osłabienie, kaszel z dużą ilością plwociny włóknikowej. T. 112. Ciepł. 37.9 (9 r.), 38,1 (3 popoł.), 38,2 (9 w.). O tych porach samopoczucie chorego było zawsze najgorsze i ciepłota najwyższa.

25. 2. Noc cokolwiek spokojniejsza, plwocina wydziela się łatwiej.

W płucach prawostronnie u dołu stłumienie od dołu łopatki, na linji pachowej do 6 ż., z przodu do 4-go ż., oddech miejscami niesłyszalny, miejscami oskrzelowy, drżenie w górnej części płuca wzmożone, w dolnej zniesione. T. 108, miarowe, napięte, tony głuchawe. Wątroba niebolesna, lekko macalna z pod łuku żebr., śledziona niemacalna, niebolesna. W moczu: c. wł. 1031, oddz. kw., białka ślady, sporo urobiliny, chlorków 5,6%, w osadzie nic specj.

Wystąpił silny nieżyt nosa i gardła. 26—27. 2. uporczywy i męczący nieżyt górnych dróg oddechowych. Kaszel częsty z dużą ilością wydzieliny, w nocy — suchy, męczący, chwilami napadowy.

Samopoczucie niezłe, osłabienie dość znaczne. Sen zły, brak łaknienia. Ciepł. do 37,6.

Ponieważ w pozycji siedzącej chory czuł się lepiej, duszność bywa zazwyczaj mniejsza, wykszuszał łatwiej, przeto od 28. 2. zaczął się podnosić na kilka godzin dziennie.

1. 3. Noc lepsza, samopoczucie dobre, ciepłota do 37,5. Kaszel cokolwiek mniejszy, natomiast bardzo dokuczliwy nieżyt górnych dróg oddechowych z wielką ilością wydzieliny śluzowej, chwilami — zwłaszcza z lewej jamy nosowej — twardej, żółtawej, z trudem dającej się usunąć. W plwocinie, mającej mniej więcej ten sam charakter, co uprzednio, ale zjawiającej się w większych i zbitych grudkach, wciąż liczne paciorkowce, z których przygotowano szczepionkę.

W płucach przedmiotowo: stłumienie prawostronnie od kąta łopatki ku dołowi, miejscami z odcieniem bębenkowym, oddech miejscami słabo słyszalny, to znów zaostrzony, wzmożony, a nawet oskrzelowy, z dość licznemi rzężeniami średniobańkowemi. Na linji pachowej stłumienie od 4—5-go żebra ku dołowi, oddech słabo słyszalny, z przodu stłumienie do 5-go ż., oddech zaostrzony, nawet oskrzelowy. Lewostronnie od linji pachowej ku przodowi i ku tyłowi lekkie tarcie i trochę rzężeń. Serce: tony głuchawe, 2-gi na tętnicy głównej wzmożony z podmuchem diastolicznym. Chwilami nieznaczna niemiarowość, t. 96, napięte. Podmiotowo chory czuje się silniejszy, kaszel dość znaczny, ale mniej męczący, plwocina wciąż wykazuje od czasu do czasu odlewy oskrzelików. Badanie moczu: niewielkie ilości białka (o 0,01%, c. wł. 1029).

4. 3. Pomimo dość znacznego osłabienia samopoczucie chorego jest dobre. Ciepłota do 37,4. Duszność napadowa, zwłaszcza zrana i przed snem. Plwocina w dalszym ciągu charakterystyczna.

Obfita wydzielina z nosa w dalszym ciągu. Przedmiotowo w płucach stan mniej więcej tak samo jak poprzednio: stłumienie na przestrzeni prawie całego prawego dolnego płatu, oddech przeważnie niesłyszalny lub osłabiony, miejscami zaostrzony, drżenie prawie zniesione, głos osłabiony. Z przodu bez zmian. Lewostronnie trochę rzężeń drobnobańkowych pod kątem łopatki bliżej kręgosłupa.

8. 3. Stan naogół niezły. Zazwyczaj lekka duszność i gwałtowny kaszel po przebudzeniu się, wydzielina z nosa i plwocina jak poprzednio. Przedmiotowo stłumienie prawostronnie, miejscami cokolwiek słabsze, oddech wyraźniejszy.

W ciągu następnego tygodnia trwa mniej więcej ten sam stan: samopoczucie niezłe, ale chory męczy się po każdym cokolwiek większym wysiłku, miewa duszność, zwłaszcza w godzinach rannych. Silny nieżyt nosa trwa w dalszym ciągu — laryngolog (dr. Rogoziński) stwierdza tylko lekkie zaczerwienienie tylnej ściany jamy nosowo-gardłowej. Sen niezły, łaknienie mierne. Przedmiotowo: dolny płat prawego płuca jeszcze zajęty, ale stłumienie miejscami prawie ustąpiło, zachowując się i, to mniej wyraźnie, tylko w dolnej części płatu, oddech przeważnie słyszalny, pęcherzykowy, ale miejscami osłabiony lub zaostrzony, drżenie cokolwiek osłabione. Lewostronnie rzężenia drobnobańkowe od czasu do czasu. Podmiotowo dokuczają choremu lewostronnie bóle w miejscu starych zrostów opłucnowo-osierdziowych, dość gwałtowne podczas kaszlu napadowego w godzinach rannych.

Po upływie dalszego tygodnia (ok. 20. 3.) a więc w miesiąc po rozpoczęciu choroby, stan jest naogół pomyślny: ozdrowieniec wstaje już normalnie, od rana pracuje umysłowo, przyjmuje w domu, jako lekarz, chorych, ale odczuwa wieczorami dość znaczne zmęczenie, miewa często lekką duszność, połączoną z suchym, silnym kaszlem. Zrana zazwyczaj następuje napad kaszlu, po którym wydziela się jakby skrzepik włóknika. Wydzielina z nosa mniejsza, ale trwa stale. W płucach: prawostronnie z tyłu lekkie stłumienie od 9-go żebra ku dołowi, z przodu od 5-go ż. ku dołowi. Wysłuchowo oddech lekko osłabiony, powyżej cokolwiek zaostrzony, drżenie głosowe normalne, lewostronnie w dolnej części płuca na linji pachowej i z przodu słabe tarcie opłucnowe (bóle wciąż dają się we znaki choremu). Ze strony serca chwilami lekka niemiarowość, bicie serca, tętno przyspieszone *(myocarditis chron. post thyp. exanth.)*. Ciepłota stale normalna.

W końcu marca ozdrowieniec zaczął wychodzić na miasto i oddawać się normalnym zajęciom zawodowym. Lekka duszność i nieznaczny kaszel napadowy występują codziennie. Sen dobry, łaknienie normalne, samopoczucie dobre.

W połowie kwietnia dr. St.-Ok. wyjechał na południe, gdzie co pewien czas występowała chrypka, suchy męczący krótkotrwały kaszel, lekka duszność. W maju w Nicei wystąpiła nagle trzydniowa zupełna chrypka, która przeszła bez dalszych następstw.

W początkach czerwca (1925) O. S. powrócił do Warszawy, przystąpił do normalnej pracy.

Po upływie roku (czerwiec 1926) S.-Ok. czuje się naogół dobrze, pomimo całorocznej wyczerpującej, bezwypoczynkowej pracy zawodowej i społecznej. Czasami dolegają mu lekkie bóle w dolnej części klatki piersiowej, od czasu do czasu — lekka duszność. Przedmiotowo objawy nieznacznej rozedmy obu płuc.

W przypadku tym niewątpliwie mieliśmy do czynienia z ostrem zakażeniem ustroju: nagły, prawie gwałtowny początek, podniesiona ciepłota, dreszczyki, obecność w ogromnej ilości w plwocinie paciorkowców — wszystko to każe przypuszczać, iż w danym przypadku włóknikowe zapalenie oskrzeli zostało wywołane przez jakiś drobnoustrój, podobnie jak w przypadku, opisanym przez Żychonia (gronkowce). Niestety, dalsze badania bakterjologiczne nad wyhodowanym paciorkowcem nie były dokonane, tak, iż epidemjologiczny charakter tego drobnoustroju nie został określony; również przygotowana szczepionka nie była stosowana do celów leczniczych, nie zachodziła bowiem tego potrzeba.

Powstaje więc pytanie — o ile uważać przebyte cierpienie jako chorobę zakaźną — skąd pochodził ów zarazek? W przypadkach, przytaczanych przez Sokołowskiego, Żychonia, prawdopodobne jest, iż wywołał je gronkowiec, pochodzący z kału ludzkiego; natomiast w podanym powyżej przypadku możliwe jest, iż paciorkowiec pochodził z przetoki w dziąśle, trwającej od 10 z górą lat nad jednym z kłów górnych, która pomimo wszelkich prób, nie została całkowicie usunięta. Zakażenie to stanowiłoby jeszcze jeden przykład owej *„oral sepsis"*, której tak wiele miejsca poświęcili w ostatnich latach badacze amerykańscy.

Bliższych szczegółów teoretycznych, zwłaszcza dotyczących stosunku tej choroby do dychawicy oskrzelowej, nie poruszamy tu, pozostawiając omówienie tej sprawy obszernie na innem miejscu.

Dr. med. Włodzimierz FILIŃSKI, st. asystent. Warszawa.

W sprawie leczenia krwotoków płucnych.

Z II. kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. A. Gluziński.

W leczeniu krwotoków płucnych stoimy obecnie na rozdrożu. Nie mam zamiaru mówić tu o tem, jakie należy stosować środki, tamujące krwotok, działające czy to na krzepliwość krwi, czy na kurczliwość naczyń krwionośnych, czy też na regulowanie ciśnienia śródnaczyniowego. Wiele z nich działa bardzo korzystnie, lecz wpływ ich nie jest znów dostateczny dla zamknięcia w tych ramach całej kuracji. Z tego to powodu od dawien dawna bezwzględny spokój chorego stanowi jeden z najważniejszych czynników w leczeniu krwotoków płucnych. Bez najmniejszego poruszenia leżał taki chory na wznak godzinami i dniami. Niekiedy kładzie mu się jeszcze worek z lodem na piersiach, co według niektórych lekarzy ma tylko takie znaczenie, że zwiększa gwarancję unieruchomienia chorego. Dla zapobieżenia zaś kaszlowi podaje się morfinę.

Nie na tem jednak polega nasze zadanie, aby tylko zatamować krwotok, ale jeszcze musimy myśleć o uniknięciu jego fatalnych następstw, które w gruźlicy płuc prowadzą bardzo często do pogorszenia i uogólnienia sprawy, do powstawania nowych ognisk w miejscach zalanych krwią, nieraz wprost do zserowacenia płuc *(pneumonia caseosa)* lub do prosówki. Jednem słowem, sprawa zupełnie niegroźna przechodzi niekiedy w suchoty galopujące. Ten niepomyślny zwrot w chorobie naprowadził dawniejszych lekarzy na myśl o *„phtisis ab haemoptoe"*, bo dopiero po krwotoku wystąpiły dostrzegalne objawy zajęcia płuc. Od czasu wykrycia prątków gruźliczych mamy, oczywiście, inny pogląd na tę sprawe, lecz znów pod znakiem zapytania pozostało znaczenie aspirowanej krwi. Dopiero prof. Gluziński[1]) w pracy doświadczalnej, wykonanej na psach, stwierdził, że nawet prawidłowa krew wylana do płuc zupełnie zdrowych nie jest dla nich czynnikiem obojętnym; powoduje ona niedodmy i zmiany zapalne naokoło oskrzelików, a niekiedy rozwija się tam obraz złuszczającego zapalenia płuc. Jakżeż proste nasuwa się stąd przypuszczenie, „że krew nieprawidłowa w płucu chorobowo zmienionem jeszcze łatwiej uczynić to jest w stanie".

W tem też ukrywa się największe niebezpieczeństwo krwotoków płucnych rzadko stosunkowo ginie chory wskutek utraty krwi.

O ile więc bezwzględny spokój, jak powiada prof. Gluziński, wskazany jest wobec samego krwawienia o tyle „po większym krwotoku jaknajwcześniej drogę tę należy opuścić, by przez zmianę położenia, swobodne ruchy oddechowe, kaszel, a więc i wykrztuszanie wprowadzić w grę czynniki zapobiegające" zmianom powstającym w płucach. Teraz mamy już wielu zwolenników zupełnie wolnego, a nawet lekko ruchliwego trzymania chorych w krwotokach płucnych. Uzasadnienie takiego postępowania znajdujemy przedewszystkiem w pracy Sophusa Banga[2]). Muszę jednak zaznaczyć, że ten sposób leczenia stawia nas wobec groźby nasilenia się lub nawrotów krwotoku.

Wyjście z tak trudnego położenia znajdziemy, jak mi się wydaje, układając chorego w łóżku na brzuchu, pod którym umieścić można jeszcze niewielką pduszkę, aby klatka piersiowa była cokolwiek niżej. W ten sposób stwarzamy naturalne warunki dla ściekania krwi i zapobiegamy szkodliwym skutkom nagromadzenia jej w płucach. W warunkach tych do wykrztuszania krwi niekonieczne już są energiczne ruchy kaszlowe, toteż będziemy

---

[1]) Przegl. lek. 1893, N. 25—27.
[2]) Beitr. z Kl. d. Tuberk. 1917, Bd. 37.

mogli śmiało podać choremu morfinę, która pozatem wpłynie kojąco na pobudzenie nerwowe. Osiągnięcie uspokojenia jest, rozumie się bardzo pożądane, bo wiemy doskonale, jaki lęk ogarnia ludzi nawet przy nieznacznem stosunkowo krwiopluciu.

Spostrzeżenia przy łóżku chorego potwierdziły mi słuszność powyższego rozumowania. Ogólniejsze zdanie mogłoby się, oczywiście, wyrobić wtedy, gdyby opinję swoją wyrazili lekarze, chcący skorzystać z moich uwag, w których myślą przewodnią jest połączenie spokoju i wypróżniania krwi z płuc w leczeniu krwotoków.

Nie chcę przesądzać, jaki obrót wziąłby sprawa w tych gwałtownych krwotokach, w których już po paru zaledwie minutach chory ulega zaduszeniu, lub raczej zatopieniu własną krwią. Kilkakrotnie byłem przy chorym, leżącym nawznak zaledwie około pięciu minut od początku krwotoku, a już wszelki ratunek okazał się bezskutecznym. Przypuszczam, że w tych przypadkach, gdyby sam chory, lub jego otoczenie ułożyło go natychmiast na brzuchu, to prawdopdobnie nie nastąpiłaby tu śmierć przez uduszenie, a stanęlibyśmy tylko wobec znacznej utraty krwi.

Położenie na brzuchu proponował R a u t e n b e r g[3]) do leczenia groźnych stanów ze znaczną ilością płynnej wydzieliny w oskrzelach w sprawach zapalnych i w obrzęku płuc. Okazyjnie nadmienię tu, iż właśnie w tych stanach chorzy cierpią z powodu silnej duszności i jeżeli uda się nakłonić ich do położenia się na brzuchu, to zazwyczaj ostatnim wysiłkiem zrywają się, aby powrócić do pozycji siedzącej. W krwotokach płucnych natomiast chorzy znoszą położenie na brzuchu dość chętnie i zupełnie dobrze.

Z pośród spostrzeżeń klinicznych przytoczę tu jako przykłady dwa krótkie wypisy z historji chorób.

1. Chory Z. P., urzędnik, 26 lat, kawaler, nieobciążony dziedzicznie. W dzieciństwie żadnych chorób nie przechodził; miewał często przeziębienia z przemijającą, nieznaczną gorączką. Krwioplucie wystąpiło nagle podczas dobrego ogólnego samopoczucia. Po kilku godzinach chory był przyjęty do kliniki.

Budowa wątła, powłoki blade, zachowanie się niespokojne. Przy badaniu płuc stwierdza się przytłumienie szczytów, a szczególniej lewego; w obu szczytach zaostrzony oddech pęcherzykowy i drobnobańkowe, częściowo dźwięczne rzężenia. Pozatem zmian szczególnych nie znajdujemy.

Chorego ułożono na brzuchu i wstrzyknięto mu morfinę (0,015). W przeciągu półtorej godziny stracił on około 150 cm³ krwi, poczem krwioplucie ustało. Położenie ciała zmieniono, i chory spał spokojnie całą noc. Nazajutrz krwawienie wznowiło się; wobec czego ponownie zastosowano leżenie na brzuchu. Tym razem chory wydzielił około 200 cm³ krwi. Po dwóch dniach znów wystąpiło krwioplucie. ale trwało krótko i nie powtórzyło się już więcej. Po dwóch tygodniach chory opuścił klinikę, a stan płuc nie uległ zmianie, nie dawał żadnych objawów aspiracji.

2. Chory J. T. robotnik, lat 39, dziedzicznie nieobciążony, żonaty. Troje dzieci zmarło w dzieciństwie. W dwudziestym trzecim roku życia przechodził chory zapalenie płuc. Od kilku miesięcy kaszle i wydziela nieznaczną ilość śluzowej plwociny. Wieczorami miewa stany podgorączkowe. Przed dwoma dniami zaczął pluć krwią. W ostatnich godzinach przed przybyciem do kliniki krwotok stał się obfitszy, a kaszel częsty.

Budowa prawidłowa. Oddychanie powierzchowne i przyspieszone. Opukiwanie wykazuje przytłumienie obu szczytów płucnych, a przy osłuchiwaniu stwierdza się w nich oddech pęcherzykowy zaostrzony. Na całej przestrzeni prawego płuca słychać nieliczne, drobnobańkowe rzężenia (początkowa aspiracja krwi). Pozatem niema zmian szczególnych.

U chorego zastosowano położenie na brzuchu i wprowadzono mu podskórnie 0,01 morfiny. Wkrótce potem nastąpiło uspokojenie, kaszel zrobił się rzadkim, a wykrztuszanie łatwem. W przeciągu czterech godzin chory wypluł około 200 cm³ krwi. Później plwocina zawierała tylko nieznaczną domieszkę krwi, toteż na drugi dzień pozwolono choremu na dowolny wybór położenia w łóżku. Po następnych dwóch dniach plwocina nie zawierała już ani śladu krwi. Po dziesięciu dniach chory na własne żądanie był wypisany z kliniki. Przez cały czas pobytu stan był bezgorączkowy. Ilość rzężeń w prawem płucu zmniejszyła się wybitnie, co można odnieść do zmniejszania się objawów początkowej aspiracji.

Dr. Eugenjusz KRAJEWSKI. Zakopane.

Pomyłki różniczkowo-rozpoznawcze w przebiegu „faz wysiękowych“ gruźlicy płucnej.

Gruźlica płucna, zdawałoby się, przedstawia największe trudności rozpoznawcze w okresie t. zw. przedklinicznym. Okres ten cechuje się szeregiem, nieraz długim i różnorodnym, objawów ogólnych, a nieznanemi, w każdym zaś razie fizykalnie i metodami pomocniczemi (badanie roentgenowskie) z trudnością stwierdzanemi zmianami płucnemi. Trudności różniczkowo-rozpoznawcze wczesnej gruźlicy płucnej pogłębia jeszcze fakt, że wśród wielkiej falangi zmian płucnych wierzchołkowych, którym towarzyszy zespół objawów ogólnych łudząco do gruźlicy podobnych — wielki ich odsetek stanowią nieswoiste schorzenia tej części narządu oddechowego, jak je Neumann nazwał „das Heer der nichtspecifischen Apicitiden“.

Jednakże następstwa niewłaściwego ujęcia obrazu chorobowego w tym okresie rozwoju cierpienia nie pociąga za sobą w zakresie lecznictwa tych niebezpieczeństw, z któremi liczyć się musimy w okresie gruźlicy rozwiniętej. Niejasne w swej istocie objawy niedokrewności, niesprawności układu nerwowego i zespołu gruczołów dokrewnych, czynnościowe zaburzenia układu krążenia, objawy i dolegliwości żołądkowo-jelitowe, nużliwość psychiczna i t. p. ujmuje lekarz jako bl̈ednice „nerwowość“, zwiotczenie żołądka i leczy w sposób, rokujący t a k ż e i we wczesnych okresach gruźlicy płucnej p e ł n e n i e r a z p o w o d z e n i e. Myślę tu, o uregulowaniu trybu życia w sensie rozsądnych nakazów higjeny, klimatoterapja, leczenie dietetyczne, lekowanie arszenikiem lub żelazom.

Na podstawie bogatego materjału anamnestycznego chorych gruźliczych, pozostających w leczeniu oddziału płucnego Szpitala Stacji Klimatycznej w Zakopanem — zauważyłem że bodaj czy nie c z ę ś c i e j popełnia się pomyłki różniczkowo-rozpoznawcze w gruźlicy płuc rozwiniętej i to z najfatalniejszemi dla chorych następstwami. Dzieje się to szczególnie w okresie „faz wysiękowych“ gruźlicy płucnej.

Gruźlica płuc jest cierpieniem przewlekłem z okresami mniej lub więcej częstemi, i ciężkiemi zaostrzeń i pogorszeń. Klinicznym okresom zaostrzeń, cechujących się nawrotem gorączek, spadkiem ciężaru ciała, zjawianiem sie potów nocnych i krwioplué, pogarszaniem się samopoczucia, zwiększeniem kaszlu, dobowej ilości plwociny i prątków Kocha i t. p. — odpowiada w obrazie anatomicznym płuc rozprzestrzenianie się istniejącego już lub włóknisto przeobrażonego nacieku płucnego z jego następowym rozpadem, słowem opanowanie obrazu przez proces wysiękowy, mający swój punkt wyjścia w gronku płucnem *(acinus)*. Takie „fazy wysiękowe“ nie muszą koniecznie mieścić się w ramach procesu swoistego, przeobrażającego chorobowo tkankę płucną. Często w rzeczy samej faza wysiękowa jest nowym etapem (Krankheitschub“ Niemców) w rozwoju gruźlicy płuc, lub przejściowo gruźlicy przewlekłej płuc w ostrą *(phtisis florida)* jako zapalenie płuc serowate, gruźlica płuc ostra rozsiana — ale wcale nierzadko jest wyrazem rozwoju sprawy zapalnej ostrej lub podostrej n i e s w o i s t e j na podłożu swoistem, czyli t. zw. nacieku epituberkulicznego. Ten ostatni przedstawia jeszcze jako faza wysiękowa najmniej niepomyślny zwrot w przebiegu cierpienia płucnego i daje zazwyczaj rokowania nawet względnie dobre, bo cofa się zwykle, choć wymaga na to dłuższego okresu czasu i często bywa zapoznawany lub rozponawany jako zwykłe zapalenie płuc płatowe lub zrazikowe ze zwolnionem wessaniem się *(pneumonia-bronchopneumonia chronica vel non dissoluta)*. Usadowienie jednak sprawy zapalnej (często górny lewy płat lub górne partje płuc w ogólności), jej nietypowy przebieg, podłoże gruźlicze i wskazówki na istnienie poprzednie ognisk gruźliczych płucnych, a przedewszystkiem obraz roentgenowski po cofnięciu sie ostro-zapalnego nacieku, ugrupowanego około ogniska (cystojamy) gruźliczej — wyjaśniają istotę przebytego cierpienia. Bardziej ważkie w swem znaczeniu dla chorego są posunięcia samej sprawy gruźliczej przez jej rozwój, rozprzestrzenianie się, nasilanie czyli — ich intenzywność. Tu pomyłki rozpoznawcze mszczą się na chorym fatalnie, ponieważ odwlekają rozpoczęcie leczenia swoistego, skierowanego przeciw właściwej sprawie. Te pomyłki różniczkowo-rozpoznawcze, są na podstawie przebadanego przezemnie materjału retrospektywnego równie częste, jak w okresie przedklinicznym. Jednostkami chorobowemi, które najczęściej prowadzą do pomyłek rozpoznawczych w okresie faz wysiękowych gruźlicy płucnej — to dur brzuszny i grypa.

Dur brzuszny posiada rzeczywiście dużo rysów wspólnych z symptomokompleksem okresów obostrzeń gruźlicy płucnej. A więc krzywa ciepłoty może we wszystkich okresach duru brzusznego mieć podobieństwo do krzywej ciepłoty fazy wysiękowej. Objawy żołądkowo-jelitowe bywają i tu i tam. Zajęcie układu nerwowego (odurzenie) towarzyszy często w obu sprawach. Powiększenie śledziony jest w przebiegu fazy wysiękowej przewlekłej gruźlicy płucnej wydarzeniem wcale nierzadkiem, a może mieć swe źródło zarówno w przebytych zakażeniach, jak i samej gruźlicy płucnej, jako zakażeniu przewlekłem. Objawy ze strony narządu oddechowego są dla gruźlicy, a w mniejszym stopniu dla

---

[3]) Deut. med. Woch. 1923. Nr. 1.

duru charakterystyczne (nieżyty oskrzeli, nacieki zapalne) i to tem godniejsze podkreślenia, że obraz ich przy badaniu fizykalnem może być tak niejasny, tak nietypowy, że nie pozwala rozstrzygnąć tła cierpienia płucnego. Właściwości tętna w przebiegu duru brzusznego nie są czemś patognomonicznem, a różyczka durowa często bywa tak skąpa, że utrudnia nam w najwyższym stopniu rozważania różniczkowe. Nawet odczyny z surowicą chorego, choć w rozpoznaniu ostatecznem nader ważne, przecież u szczepionych ochronnie lub nosicieli zarazków durowych (chory z przewlekłemi nieżytami woreczka żółciowego i stałą obecnością prątków durowych w stolcach) wypadają dodatnio, a jedynie decydującym momentem rozpoznawczym pozostaje wykrycie prątków durowych w drodze posiewu. Równie decydującym jednak badaniem musi być w tych właśnie przypadkach niejasnych — badanie plwociny na obecność prątków Kocha, które żadną miarą pominiętem być niemoże. Pominięcie go jest bowiem błędem sztuki lekarskiej.

I tu następuje rzecz nader przykra i wymagająca najsilniejszego podkreślenia: Badanie plwociny na prątki mimo swej dostępności nawet dla lekarza „prowincjonalnego" (badanie własne lub przesłanego materjału) nie stało się do dziś dzień własnością ogółu lekarskiego. Rozpoznaje się u chorych na gruźlicę dur brzuszny, przeprowadza się dietę głodową, utrzymuje się siebie i rodzinę w niepewności, odwleka się leczenie właściwe, nie broni się otoczenia chorego przed zakażeniem z tej właśnie strony, zarządza niepotrzebne i niewłaściwe środki ostrożności i t. p. — ale plwociny na obecność prątka się nie bada i nawet nie myśli o potrzebie jej zbadania, nawet wtedy, gdy niedostępność innych metod pomocniczych, a szczególnie badania roentgenowskiego w rzeczy samej utrudnia postawienie ścisłego rozpoznania!

Poniżej przytaczam przykład na moje wywody:

N. N. l. 21, słuch. med. Z zakresu dziedziczności podkreślić należy wypadek gruźlicy płucnej wśród rodzieństwa, zakończony zejściem śmiertelnem. Matka chorego od szeregu lat cierpi na chrypkę. Jako dziecko przebył odrę i płonicę. W okresie chłopięctwa słabowity, skłonny do przeziębień. Choroby podobnej do obecnej — nie przechodził.

Obecna choroba rozpoczęła się rzekomo przed 4 tygodniami bólami głowy, uczuciem ogólnego osłabienia, pokasływaniem oraz wzniesieniami podgorączkowemi ciepłoty wieczornej. W drugim tygodniu choroby — przewieziony z miasta uniwersyteckiego do domu, — do miasta „prowincjonalnego". Gorączka tymczasem podnosiła się, przeszła w typ stały, kaszel wzmógł się, plwocina stała się obfitsza śluzowo-ropną, chorego męczyły poty nocne, dołączyło się zaparcie stolca na przemian z biegunką oraz pewien stan odurzenia. Konsyljum, złożone z 2 „wziętych" lekarzy rozpoznało „gorączkę tyfoidalną", zarządziło ścisłą dietę „głodową", złożoną z kleików, rosołu, 1—2 bułek i kompotu. W ten sposób leczono chorego wśród stale narastających objawów ogólnych (gorączka, uderzające wychudzenie i prostracja przez 3 tygodnie)! W czasie tym ani badania bakterjologicznego krwi, ani co przedewszystkiem pomimo stwierdzenia „niejasnych zmian płucnych" badania plwociny nieprzeprowadzono. Z powodu też niejasnych zmian płucnych, skierowano chorego do Zakopanego, gdzie przeprowadzone na miejscu badanie stwierdziło nacieczenie swoiste obu górnych płatów płuc i rozsiane ogniska naciekowe w reszcie miąższu płucnego, obfitą ilość prątków Kocha w plwocinie i nieprawdopodobny stan wychudzenia, i upadku sił, na wskutek przeprowadzonej, 3 tygodnie trwającej „ścisłej djety". Chory zmarł w 2 tygodnie później na gruźlicę prosówkową (zapalenie swoiste opon mózgowych). Czy poprzednie leczenie, które niewątpliwie doprowadziło do upadku wszystkich obronnych sił ustroju — nie stworzyło warunków dla rozwoju prosówki gruźliczej, jest jednak przypuszczeniem mającem bardzo wiele cech prawdopodobieństwa.

Powyższy przykład z pośród kilku znalezionych — nie wymaga chyba dalszych komentarzy.

Drugą sprawą zapoznawaną i mieszaną z fazą wysiękową gruźlicy płucnej jest grypa i to postać jej z przewagą objawów płucnych. Podobnie jak i w durze brzusznym stwierdzić można dużo rysów podobieństwa klinicznego. Grypa jest jednak sprawą zakaźną ostrą, która choć nieraz po pewnym dopiero czasie — ustępuje przecież, pozostawiając nieraz, po okresie burzliwym, swoje ślady w przewlekłym okresie zdrowienia z uporczywym brakiem łaknienia, nerwobolami, upadkiem odżywienia i t. p. Zejście objawów płucnych jak szczątkowe nacieki płucne, przewlekłe nieżyty oskrzeli lub górnych dróg oddechowych, którym towarzyszyć mogą wieczorne wzniesienia ciepłoty z nocnemi potami — przewlekać mogą długo dość okres zdrowienia ale stan ogólny nigdy nie cierpi tak, jak w gruźlicy, gdzie objawy ogólne jak bladość, złe samopoczucie, niski ciężar ciała, brak łaknienia i t. p. utrzymują się z uderzającą opornością, pozostają w pewnym niestosunku do wielkości zmian płucnych, a co przedewszystkiem podlegają progresji, związanej z rozprzestrzenianiem nacieku płucnego. Dlatego każdy przypadek „grypy", w której okres zdrowienia, cofanie się objawów płucnych ulegają przewlekaniu, winien zawsze skierować myśl lekarza na możliwość rozwoju sprawy gruźliczej i skłonić go do przeprowadzenia badania plwociny na obecność prątków Kocha. Nie można stanowczo odmówić słuszności tym klinicystom, którzy stoją na stanowisku, że w każdym przypadku przewlekłego nieżytu oskrzel należy przeprowadzić bakterjologiczne badanie plwociny, tem więcej, że znajomość atypowego przebiegu gruźlicy płucnej u chorych z rozedmą lub pylicą płuc, z dychawicą oskrzelową, rozstrzeniami oskrzeli, u osobników starszych i t. p. przecież stała się już dziś własnością ogółu. Wogóle należy zachować wielką ostrożność nawet w ocenie anamnestycznej „gryp", przebytych poza okresami epidemji grypowych. Jak w ogóle studjum wywiadów naszego materjału poucza — odpowiadają przebyte „grypy" prawie zawsze fazom wysiękowym, gruźlicy płucnej. Materjał nasz wskazuje na to, że badania plwociny prawie nigdy w tych przypadkach nie przedsiębrano, pomimo że częste zapadanie na grypę płucną, obok możliwości istnienia usposobienia osobniczego do tego rodzaju zakażeń (skaza wysiękowo-chłonna, szkodliwe wpływy zawodowe i t. p.), co się niewątpliwie zdarza, przemawia właśnie za tem, że zakażenie gruźlicze, zmniejszające odporność ogólną i miejscową (dróg oddechowych i miąższu płuc), jest tu czynnikiem podstawowym. Że chory na gruźlicę płuc po paru przebytych „grypach" dostaje się w leczenie zakładowe i już z uformowanemi jamami — to rzecz zrozumiała. Jest to wogóle zdarzenie tak częste, że nie uszło uwagi żadnego lekarza, zajmującego się tym przedmiotem.

Reasumując nasze wywody przyznać musimy, że nie wszystkie zmiany płucne podobne do gruźlicy — są gruźlicą płucną, że w ich ramach mieści się często i kiła płuc i nowotwory ich i rozstrzenie oskrzeli i t. p. i że dur brzuszny i grypa mają nieraz uderzające podobieństwo rysów klinicznych z fazami wysiękowemi, gruźlicy płucnej — ale przecież czynnikiem decydującym metodę badawczą podstawową w cierpieniach, szczególnie przewlekłych, płucnych musi pozostać, wszechstronne, staranne, kilkakrotnie powtarzane badanie plwociny w kierunku obecności prątków Kocha.

Dr. Leonard OTĘSKI. Gorlice.

O własnym sposobie opukiwania szczytów płucnych.

Polega on na tem, że przykładamy ucho względnie słuchawkę do kręgosłupa na wysokości szczytów płucnych i wypukujemy oba obojczyki trzecim palcem tej ręki, którą nam wygodnie, uderzając w największą wypukłość obojczyków t. j. na granicy $^1/_3$ części przymostkowej i $^1/_3$ środkowej.

Odgłos uderzenia palca o obojczyk dostając się do ucha musi przejść przez odpowiedni szczyt płuca, przyczem reszta płuc odgrywa rolę resonatora. Im reszta płuc jest zdrowsza t. zn. im jest powietrzniejsza, a tkanka płucna elastyczniejsza, tem natężenie odgłosu jest większe. Z natężenia odgłosu można wnioskować o stanie resonatora czyli reszty płuc.

Pierwotnie przykładałem ucho do każdego szczytu z osobna po stronie grzbietowej i opukiwałem odpowiedni obojczyk. Przekonałem się jednak, że sposób ten nie jest zupełnie ścisłym albowiem nie pozwalał na wykrycie małych różnic między odgłosem jednego i drugiego szczytu. Przyczyną tej trudności było to, że przesuwając ucho z jednego szczytu na drugi nie zawsze udawało się przyłożyć ucho w odpowiednie miejsca równo oddalone od kręgosłupa, a powtóre i sposób przyłożenia ucha nie był zawsze taki sam. Innemi słowy osłuchiwanie obu szczytów płucnych odbywało się w niejednakowych warunkach.

W sposobie na wstępie opisanym ucho raz przyłożone do kręgosłupa, nie zmienia swego położenia, a będąc równo oddalonem od obu szczytów i w równej mierze do kręgosłupa przyciśniętem stwarza te same warunki osłuchiwania dla obu szczytów płucnych. Pukając naprzemian w jeden i drugi obojczyk możemy uchwycić najmniejszą różnicę w odgłosie jednego i drugiego szczytu.

Należy tylko uważać, aby uderzać z równą siłą i w największą wypukłość obu obojczyków, a unikać uderzenia na zewnątrz od tychże. Odpowiednie punkta na obojczykach łatwo wynajdujemy, przesunąwszy po nich palcem.

Wartość podanego powyżej sposobu opukiwania szczytów można ocenić w ten sposób, że wybieramy przypadek z nieznacznemi zmianami w jednym ze szczytów i opukujemy je najpierw „palcem na palcu" — a następnie sposobem tu podanym.

Przekonamy się, że różnica odgłosu między obu szczytami ledwie dająca się stwierdzić opukiwaniem „palcem na palcu" występuje przy tym sposobie bardzo wyraźnie.

Dlatego ten sposób opukiwania wydaje mi się bardzo czułym i winien być stosowany przedewszystkiem tam, gdzie rozchodzi się o wykrycie początkowych zmian w szczytach.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. Franciszek CHUDERSKI. Sambor.

Organizacja walki z gruźlicą w miasteczkach i gminach wiejskich.

Referat wygłosić się mający na I. Wojewódzkim Zjeździe Przeciwgruźliczym we Lwowie w dniu 10. września 1926.

Wojna i jej skutki przyczyniły się do wzmożenia się gruźlicy w szerokich warstwach ludności Polski nie tylko w wielkich miastach i ośrodkach przemysłowych, lecz także w gminach wiejskich i w miasteczkach. Na ten wzrost gruźlicy w okresie wojny złożył się szereg czynników, liche odżywianie, przeciążenie pracą zwłaszcza nieletnich i kobiet, wstrząśnienia moralne, złe warunki mieszkaniowe, brak odzieży, bielizny i pościeli.

Chociaż nie posiadamy w naszem Państwie dokładnej ewidencji gruźlicy, uwzględnającej liczbę chorych i zmarłych oraz uwzględniającej przesunięcia chorobowości względnie śmiertelności w poszczególnych warstwach ludności, to jednak nie ulega wątpliwości, iż obecnie gruźlica wśród ludności miasteczek i gmin wiejskich stanowi jedną z częstych przyczyn śmierci oraz często spotykaną chorobę.

Dzięki reformom społecznym śmiertelność wskutek gruźlicy w miastach i w wielkich centrach przemysłowych zaczyna się obniżać, gdyż warunki bytu naszych robotników znacznie się poprawiły, ośmiogodzinny dzień pracy usunął przemęczenie robotników, lepsze wynagrodzenie za pracę umożliwiło lepsze odżywienie ludności wielkomiejskiej, ustawodawstwo przemysłowe poprawiło warunki higjeniczne w pracowniach i warstatach pracy, rozszerzenie zakresu ubezpieczeń na wypadek choroby, umożliwiło masom leczenie się wcześnie, rozwój szkolnictwa, zaprowadzenie lekarzy szkolnych podniosły poziom kultury i przyczyniły się do polepszenia stosunków zdrowotnych — chociażby w najmniejszem mieszkaniu robotniczem.

Tymczasem wcale nie zauważa się obniżenia chorobowości i śmiertelności z powodu gruźlicy wśród ludności małomiasteczkowej i wiejskiej, a przypisać to należy niskiemu stanowi kultury duchowej i materjalnej naszych małorolnych i małomieszczan, stanowiących większą część ludności wsi i miasteczek, oraz niedbalstwu właścicieli majątków ziemskich nieprzywiązujących wielkiego interesu do budowania mieszkań higjenicznych dla swej czeladzi folwarcznej. Kobiety wiejskie oddane pracy na roli nie poświęcają wielkiej uwagi porządkom mieszkaniowym, już to z braku czasu, już to z nieumiętności spełniania swych obowiązków, tu i ówdzie z braku zrozumienia celowości utrzymania ładu i porządku w mieszkaniach; stąd mieszkania nie są dokładnie zamiatane, sprzęty nie są należycie wymyte z brudu i niechlujstwa, bielizna niedokładnie i nierzetelnie wyprana, pokarmy nieodpowiednio przyrządzone i zgotowane i t. d.

Mieszkania służby folwarcznej są gorsze niż u małorolnych. Domy ich są po większej części niskie bez podmurowania. Mieszkania są przeważnie jednoizbowe, ciasne, bez podłóg, bez podwójnych okien, mają wspólne sienie. Często w takich mieszkaniach trzymany jest nietylko drób ale i zwierzęta domowe, a nie wszyscy mieszkańcy mają własne łóżka do spania.

Jeżeli do tego dodamy, że odżywianie dzieci z powodu skupywania mleka przez Spółki mleczarskie jest niedostateczne, odzież licha często zakupiona na tandecie lub przerobiona ze starszych, niekiedy z chorych na gruźlicę, opieka lekarska nie zapewniona, gdyż tylko nieznaczna część ludności jest ubezpieczona na wypadek choroby, to spostrzeżemy, że w takich mieszkaniach i wśród takich stosunków zdrowotnych gruźlica nawet na wsi znajduje dla siebie ofiary. Tu środki zaradcze są konieczne, gdyż gruźlica panuje nietylko po ubogich, ale w zamożnych powiatach. W tym kierunku mogłaby bardzo wiele pomóc szkoła powszechna, w której młodzież powinna pobierać w ogólnych zarysach naukę o higjenie, naukę o gruźlicy i o szerzeniu się chorób zakaźnych, o desinfekcji bieżącej i końcowej, a nawet powinna się ćwiczyć praktycznie w najprostszych zabiegach odkażających. Dziewczętom od 14 roku życia powinna być udzielania nauka higjenicznego prowadzenia gospodarstwa domowego z ćwiczeniami praktycznemi: zamiatanie i oczyszczanie mieszkanie, przyrządzanie i gotowanie pokarmów, pranie bielizny, desinfekcja bielizny i pościeli i t. p. a to pod kierunkiem wyszkolonych nauczycielek, w czytankach szkolnych należałoby umieścić ustępy i łatwo zrozumiałe rozprawki z zakresu higjeny i zwalczania chorób zakaźnych.

Młodzież w ten sposób w szkole przysposobiona i odpowiednio wychowana w zakresie higjeny praktycznej, wyniesie ze szkoły pewną sumę przyzwyczajeń higjenicznych, które trwale zachowa, w późniejszem życiu stanie się ważnym czynnikiem poza szkołą, przedewszystkiem zaś w domu, w kółku rodzinnem, w zwalczaniu gruźlicy i innych chorób zakaźnych.

Koniecznem jest zobowiązać właścicieli ziemskich majątków, podobnie jak to się dzieje w przemyśle, do budowania dla swej służby folwarcznej zdrowych pomieszkań, gdyż wśród rodzin tej warstwy śmiertelność wskutek gruźlicy jest wysoka.

Działalność oświatowa wśród ludności wiejskiej w tym kierunku w Małopolsce jest rozpoczęta, bo czytamy w 21 numerze czasopisma „Rolnika", gdzie znajduje się sprawozdanie z akcji Tow. gospodarskiego za rok 1926:

„Dla dorosłej ludności włościańskiej przeprowadzono 150 pogadanek i wykładów, a tematy czerpano ze wszystkich gałęzi rolniczych. Kursów dłuższych urządzono 63 o ogólnej sumie słuchaczy 4308. Dla absolwentek kursów żeńskich wprowadzono w letnich miesiącach wędrowną naukę higjeny i kultury domowej, narazie jako dwutygodniową próbę, której wyniki dały dobre nadzieje na przyszłość".

Wobec powyżej stwierdzonego wzmożenia się gruźlicy w gminach wiejskich i miasteczkach obowiązkiem władz i towarzystw zajmujących się zwalczaniem gruźlicy, zorganizować zwalczanie gruźlicy w miasteczkach i w gminach wiejskich. Z powodu braku dostatecznych środków materjalnych organizacja musi być tanią i dostosowaną do naszych stosunków. Ośrodkiem ruchu przeciwgruźliczego i punktem wyjścia akcji zapobiegawczej muszą się stać przychodnie przeciwgruźlicze. Przychodnie dadzą leczenie chorym, a ochronę zdrowym. Samorządy miast i powiatów, Zarządy Pow. Kas chorych, Rząd i dobrowolne składki pokryją koszty utrzymania przychodni. Na czele tych Przychodni czyli Placówek dozoru higjeniczno-lekarskiego nad chorymi gruźliczymi i ich rodzinami staną lekarze powiatowi i im do pomocy dodani lekarze miejscy i lekarze okręgowi.

W większych miastach ze wzmożonym ruchem chorych Przychodnia powinna posiadać osobny lokal, pracownię mikroskopową, lampę kwarcową a nawet aparat Roentgena oraz inteligentną, odpowiednio ukwalifikowaną i należycie uposażoną wywiadowczynię. Takie pełne stałe Przychodnie przeciwgruźlicze mogą być urządzane i prowadzone w średnich miastach i w większych skupieniach ludności fabrycznej, gdzie znajdzie się odpowiedni personal lekarski i gdzie ludność mieszka w większej liczbie na małym terenie. Po wsiach w powiatach o ludności rolniczej Przychodnia winna być ruchoma, przyczem niektóre ze środków w miastach na wsi i miasteczkach są zbyteczne. Przy ruchu chorych nieznacznym wystarczy, gdy lekarz powiatowy, miejski, okręgowy poświęci kilka godzin w tygodniu na badanie, leczenie i uświadamianie chorych i ich rodzin w swym własnym pokoju ordynacyjnym, dopiero gdy ruch chorych się wzmoże, będzie można myśleć o osobnym lokalu i stałej wywiadowczyni. Po wsiach jak wspomniałem Przychodnia musi być ruchoma i można urządzać ją w następujący sposób: Lekarz powiatowy, okręgowy, przynajmniej raz na kwartał (w miesiącach letnich częściej, raz na miesiąc) odwiedza wsie swego powiatu, okręgu, zwołuje chorych do lokalu gminnego, bada chorych i ich rodziny, zwiedza domostwa zakażone, udziela rad i wskazówek. O przyjeździe lekarza ludność winna być przedtem uwiadomiona przez wójtów, nauczycieli i księży. Obowiązków wywiadowczyni mogą się podjąć miejskie i okręgowe akuszerki za specjalnem dodatkowem wynagrodzeniem pod warunkiem, że do tej działalności będą odpowiednio przygotowane.

W niektórych gminach wiejskich mogą się znaleść osoby inteligentne, które bezinteresownie chętnie będą spełniać obowiązki dobrowolnych opiekunek, sprawdzać warunki mieszkaniowe i sporządzać sprawozdania z wizyt odbytych. W każdym razie od osób tych należy wymagać taktu, umiejętności oddziaływania na jednostki o niskim poziomie kultury, łagodności, cierpliwości i pracy.

Wreszcie w nadzorze nad higjeną mieszkań może być pomocnem nauczycielstwo.

Przez codzienne zetknięcie się z dziatwą, dokładną znajomość jej stosunków domowych i rodzinnych może współdziałać razem z wywiadowczynią w wykonywaniu i uświadamianiu o gruźlicy w mieszkaniach.

Dla stwierdzenia gruźlicy przedstawiającej niebezpieczeństwo dla otoczenia potrzebna jest analiza bakterjologiczna i badanie plwociny co do obecności prątków gruźlicy. Wobec braku mikroskopów w badaniu plwociny winien wyręczać lekarza Państwowy Zakład Higjeny we Lwowie.

Podstawy nowoczesnego zwalczania gruźlicy są następujące: rejestrowanie zachorowań na gruźlicę i przypadków śmierci z tej choroby, roztoczenie opieki społecznej nad gruźliczymi i ich otoczeniem, doprowadzanie do minimum niebezpieczeństwa chorego na gruźlicę dla zdrowych, unieszkodliwianie wydzielin chorego przez zabijanie zarazków wydzielanych przezeń. Główną troską będzie zabezpieczenie zdrowych, a zwłaszcza dzieci jako przy-

szłości narodu od zarażania się gruźlicą obok ludzkiego traktowania chorych gruźliczych i dania możności leczenia się. Przystępując do zwalczania gruźlicy na pierwszym planie należy rozwiązać zadowalniająco kwestję rejestracji i zgłaszania zachorowań na gruźlicę i przypadków śmierci z tej choroby. Zgłaszanie jest podstawą całą skutecznego zwalczania tej choroby, jest pierwszym aktem i prologiem całej akcji. Mając zgłoszone ogniska zarazy Przychodnia będzie mogła wydać stosowne zarządzenia ochronne w rodzinach nawiedzonych chorobą, uświadomić chorego i otoczenie przed niebezpieczeństwem, przeprowadzić desinfekcję mieszkania i założyć ewidencję chorych.

Do tego celu prowadzą różne drogi:

1) Należy wśród ludności powiatu spopularyzować zadania i cele Przychodni przeciwgruźliczej, przez odpowiednie odczyty i pogadanki, przez ogłoszenia na rokach naczelników gmin i konferencjach nauczycielskich, umieszczenie napisu na budynku w którym urządzono Przychodnię i inne środki agitacyjne. Wtedy chorzy sami dobrowolnie będą się zgłaszać do przychodni i korzystać z jej opieki.

2) Znaczną część klienteli będą stanowić rodziny chorych wyszukanych i wykrytych przez wywiadowczynie i pow. dozorców sanitarnych.

3) Sprawa zgłaszania gruźlicy jest na drodze ustawowej uregulowaną. Należy tylko lekarzom przypomnąć o obowiązku donoszenia o gruźlicy w przypadkach niebezpiecznych dla otoczenia i o skonach z powodu tej choroby.

Donoszenie to jest u nas zaniedbywane jakkolwiek ustawa z dnia 25. VII. 1919 w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych Dz. U. Nr. 402 w art. 2 i 3 donoszenie wyraźnie przepisuje.

Celem ułatwienia spełnienia tego obowiązku należałoby lekarzom rozdać bezpłatnie formularze na zgłoszenia o chorobach zakaźnych we formie kart korespondencyjnych.

4) Należy uświadomić oglądaczy zwłok o istocie i rozpoznawaniu gruźlicy. Należy żądać od oglądaczy zwłok, aby przedkładali lekarzowi powiatowemu odpisy z ksiąg zmarłych. aby lekarz w każdym wypadku w którym podejrzewa gruźlicę jako przyczynę śmierci wysłał stosowne kwestjonarjusze do Zwierzchności gminnej, Posterunków Policji państwowej a także osób mogących udzielić informacji i na podstawie otrzymanych odpowiedzi, mógł skonstruować rozpoznanie choroby.

5) Kwartalne wykazy statystyczne urzędów parafjalnych o ruchu ludności nadsyłane Starostwu będą cennym materjałem do wykrycia i wyszukania ognisk gruźliczych w pojedynczych gminach i do uchwycenia faktycznej liczby skonów z powodu gruźlicy. Ważną jest rzeczą, aby w opiekę Przychodni dostawały się nietylko wypadki zdeklarowanych suchotników, ale także skryte wypadki gruźlicze z początkowemi objawami. Skłanianie takich chorych do korzystania z usług Przychodni będzie rzeczą nauczycielstwa. Ludność wiejska zajęta pracą nie zwraca uwagi na dzieci, lekceważy sobie początki każdej choroby u dzieci. To lekceważenie początkowych objawów jest przyczyną licznych skonów z powodu gruźlicy.

Obowiązkiem nauczycielstwa na wsi będzie zwrócenie uwagi rodziców na stan zdrowia dziecka i na konieczność poddania dziecka badaniu lekarskiemu w Przychodni przeciwgruźliczej. Trzebaby przedewszystkiem w każdym powiecie wyjaśnić nauczycielom o tym obowiązku. W sprawie walki z chorobami zakaźnemi w szkole wydało Ministerstwo Oświecenia w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia Publicznego ogłoszone w Dzienniku Rozporządzeń Ministerstwa Oświecenia w dniu 15 marca 1918: Przepisy zapobiegawcze przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych przez szkołę. Rozporządzenie to w § 15-tym ustanawia: „W razie zachorowania kogoś z personalu nauczycielskiego, dziatwy szkolnej lub personalu służbowego przy objawach wzbudzających podejrzenie na gruźlicę (wybitne wychudnięcie, kaszel z plwociną, zwłaszcza krwawą itp.), należy żądać by osoba taka poddała się badaniu lekarskiemu i żeby jej plwocina została zbadana bakterjologicznie. Osoby z otwartą gruźlicą pod żadnym pozorem w szkole przebywać nie powinne". W tych wypadkach Przychodnia powinna podjąć się badania lekarskiego dzieci i badania bakterjologicznego plwocina tym sposobem i lekkie przypadki gruźlicy dostaną się w opiekę Przychodni. Pożądanem jest, aby nauczyciele rozsyłali rodzicom zawiadomienia o grożącem zdrowiu dzecka niebezpieczeństwie i konieczności zwrócenia się do lekarza.

Wzór podobnej odezwy może być następujący:

Do Pana N. N.

Zawiadomienie.

Dziecko N. N. jest chorowite i słabowite. U takich dzieci jest często choroba płucna (gruźlica) przyczyną chorowitego wyglądu. Leczenie przedsięwzięte we właściwym czasie może sprowadzić wyleczenie tej choroby. Jest to niezbędne na stan zdrowia dziecka i na jego zdolność do pracy w późniejszem życiu. Zaleca się przeto w celu leczenia bezzwłocznie zwrócić się z dzieckiem do Przychodni przeciwgruźliczej w N. N.

W jakim zakresie Przychodnia udzielić może opieki chorym i ich otoczeniu?

Działalność Przychodni przeciwgruźliczej wyrażać się będzie:

1) na szczegółowem badaniu chorych na gruźlicę oraz członków ich rodzin. Badanie plwociny co do obecności prątków gruźlicy winno być bezpłatnem;

2) na odpowiedniem pouczeniu i uświadamianiu chorego i jego otoczenia;

3) na odwiedzaniu chorych w mieszkaniach celem stwierdzenia warunków ich bytu i udzieleniu na miejscu rad i wskazówek higjenicznych zmierzających do uniknięcia szerzenia się gruźlicy wśród otoczenia.

Ochrona zdrowych szczególnie dzieci przed masowemi i częstemi zakażeniami przez odosobnianie chorych dotkniętych gruźlicą w chatach (osobna izba, osobne łóżko) lub przez przeniesienie ich do szpitala.

4) Na udzielaniu pomocy lekarskiej i różnych świadczeń (lekarstw, tranu, środków desinfekcyjnych, spluwaczek, łóżek, parawanów etc.).

5) Na pomocy przy dokonywaniu desynfekcji końcowej po śmierci chorego na gruźlicę i zapraszaniu rodziny zmarłego do Przychodni celem zbadania stanu zdrowia.

6) Na pośrednictwie i ułatwieniu celem otoczenia chorego dotkniętego gruźlicą i jego rodziny opieką społeczną przez instytucje humanitarne.

Do współpracy z lekarzem powiatowym przy zwalczaniu gruźlicy winni być wciągnięci lekarze gminni i okręgowi, a zwłaszcza, iż ci, na zasadzie instrukcji wydanej przez b. Wydział krajowy są do tego zobowiązani. Na mocy instrukcji lekarze okręgowi mają dwa razy do roku t. j. na wiosnę i w jesieni zwiedzać każdą gminę przydzieloną do ich okręgu. Podróże te jednak nie zwalniają lekarzy od obowiązku odbywania podróży na wezwanie przez poszczególne gminy należące do okręgu i tych podróży, któreby w ciągu roku z powodu jakich ważniejszych wydarzeń sanitarnych okazały się koniecznemi.

Lekarza tego mają oczekiwać naczelnik gminy i akuszerka i oglądacz zwłok, po uprzedniem zapowiedzeniu przybycia lekarza do gminy.

Lekarz ma udzielać bezpłatnej pomocy lekarskiej ubogim chorym, w razie choroby zakaźnej ma sprawdzić rodzaj choroby, ma zarządzić odosobnienie chorych, bądź we własnem ich mieszkaniu, bądź w szpitalu, pouczyć otoczenie chorego o sposobie zachowania się i o środkach ostrożności, zarządzić i przypilnować jak najdokładniejszej desinfekcji.

Korzystając z usług lekarzy okręgowych w całej pełni we walce z gruźlicą należałoby polepszyć ich uposażenie służbowe i podwyższyć ryczałt na rozjazdy do gmin.

To są wytyczne, któremi możnaby się kierować przy organizacji walki z gruźlicą w miasteczkach i gminach wiejskich.

OCENY.

Dr. Jaquerod: *Leczenie gruźlicy płuc.* Kraków 1926. Nakł. Okręg. Zw. Kas chorych w Krakowie. Str. 64 mała 4⁰. Przełożyła Dr. A. Kragenówna.

Książeczka przeznaczona dla chorych na gruźlicę. Omawia w niej autor w sposób treściwy a jasny, używając wyrażeń i zwrotów dosadnych przyczynę, powstawanie, przebieg, a przedewszystkiem leczenie gruźlicy. Z jednej strony zwraca autor czytelnikowi uwagę na grozę choroby, z drugiej na przykładach dowodzi przekonywująco, że gruźlica jest chorobą uleczalną. W ten sposób ujmując przedmiot, uświadamia chorego — nie przestraszając go — ale przeciwnie krzepiąc na duchu. Uczy go jak postępować, by nie być szkodliwym dla otoczenia, jak żyć by siebie ratować. Opowiada choremu na gruźlicę co mu szkodzi, podaje, jak się ma odżywiać i jak zachować. W książeczce autor objaśnia dokładnie wskazówki te, które lekarz tylko zwięźle i krótko może udzielić choremu podczas godzin ordynacyjnych. Treść książeczki zacieśniając związek między lekarzem a leczonym musi oddać usługi jednej i drugiej stronie. Przedewszystkiem zaś odda wielkie usługi Poradniom i Tow. przeciwgruźliczym, bo ułatwi im zadanie uświadamiania i pouczania zgłaszających się o pomoc. Autorem tej doskonałej pracy jest długoletni kierownik sanatorjum dla chorych na gruźlicę w Leysin w Szwajcarji. Przekład na język polski bardzo dobry. Wydanie skromne ale staranne.

Z przedmowy dowiadujemy, się, że „Leczenie gruźlicy płuc" jest zeszytem pierwszym z wydawnictw popularno lekarskich, które się mają ukazywać pod nazwą: „Poradnia lekarska".

Kostrzewski.

Dr. A. Sawicki: *Gruźlica czyli suchoty*. Lwów. 1926 r. Nakł. Pol. Tow. Hig.

Przedmiot wymieniony w nagłówku omawia autor w wykładzie popularnym objętości 22 stron 4⁰ norm.

Wykład jest bardzo przejrzysty, napisany tak, że go każdy czytać i zrozumieć może, kto tylko czytać umie. Uświadamia czytelnika przedewszystkiem, jak zapobiegać szerzeniu się choroby. Autor wywiązał się z swego zadania wyśmienicie, dowodem zaś tego jest, że praca została nagrodzoną na konkursie Pol. Tow. Hig. we Lwowie. Należy sobie życzyć, by broszurka ta rozeszła się w jak najszerszych kołach, żeby trafiła do bibljotek, czytelni i szkół ludowych. Autorem tego znakomitego wykładu popularnego napisanego przystępnie tak, (jak to wyżej powiedziano) aby mógł każdy czytać, kto tylko czytać umie, jest lekarz praktyk, żyjący na głębokiej prowincji (Kańczuga), zdala od ośrodków ruchu umysłowego!!

Kostrzewski.

A. Brunner u. G. Baer: *Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose*. Berlin 1926. J. Springer. Z 13 rycinami.

Doniosła dziś i modna sprawa chirurgicznego leczenia gruźlicy płucnej o wiele bardziej niż wiele innych wymaga bezwzględnego współdziałania chirurga z internistą. Toteż praca omawiana jest wyrazem tego współdziałania na pogranicza i składają się na nią pod wspólnym nagłówkiem dwie części, a mianowicie: 1) wskazania i wyniki operacyjnego leczenia gruźlicy płucnej (Brunner) 2) stanowisko internisty wobec chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc (Baer). Jest to zestawienie wiadomości i doświadczeń 2 fachowców, które obejmuje bardzo ścisłe i szczegółowe wskazówki, coś w rodzaju kompendjum dla lekarzy. Znajdzie tam czytelnik omówioną całość problemu, istotę i mechaniczną wydatność rozmaitych zabiegów, wskazania i przeciwwskazania, wyniki, statystykę i powikłania oraz obszerną literaturę przedmiotu.

Jest to praca poważna, obejmująca w zwięzłej formie na 67 stronicach dużej ósemki bardzo wiele krytycznych wiadomości, opartych przeważnie na własnem doświadczeniu autorów i godna przeczytania, zwłaszcza przez tych lekarzy, którzy się w praktyce sprawą tą zajmują.

Dr. Blassberg (Kraków).

H. Muthesius: *Wohlfahrtspflege*. Berlin. 1925. Springer.

Opieka Społeczna ma bardzo rozliczne, trudne i odpowiedzialne zadania. Liczne problemy opieki nad ubogimi, uciekinierami z terenu walk, nad ofiarami wojny, inwalidami, sierotami wojennemi, ciężarnymi, położnicami, bezrobotnymi i t .p. stanowią część olbrzymiego jej zakresu działania. Autor podjął przedstawienie stanu tej sprawy w Niemczech. Naszkicowawszy przegląd historyczny, zajmuje się zakresem działania opieki, sposobem i miarą jej wykonywania oraz różnemi organizacjami i rozgraniczeniem zakresu ich pracy. Dalej omawia kształtowanie się finansowych podstaw w tej sprawie. Przy końcu dodane są niemieckie rozporządzenia i ustawy z tej dziedziny.

Praca napisana z dokładnością i pedantyczną wprost szczegółowością stanowić może cenne źródło wiadomości dla tych lekarzy i czynników społecznych, których ta sprawa bliżej interesuje.

Dr. Blassberg (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Gruźlica.

Z literatury francuskiej. Presse médical. 1925.

Myśl lekarska francuska poruszała w r. 1925 wiele zagadnień z dziedziny gruźlicy.

W sprawie dziedziczności zabierają głos Calmette, Arloing, Dufor. Wykazali oni laseczniki Kocha w gruczołach płodu świnki morskiej, która otrzymała zastrzyknięcie przesączonych zjadliwych prątków gruźliczych ludzkich. Dufour twierdzi, że postać przesączkowa l. Kocha jest częstszą, niż dotąd przypuszczano.

Bernard, Debre, Lelong zaprzeczają istnienie dziedziczności bezpośredniej. Na zasadzie spostrzeżeń nad 260 niemowlętami, które zostały oddzielone od swych zakaźnych rodziców, jedne zaraz po urodzeniu (123), inne zanim zdołały się zarazić (143), mówią, że rozwój tych dzieci jest prawie normalny; te które zmarły — zmarły wskutek braku pokarmu matczynego. Mając 4 lata dzieci były pełne życia i bez znamion gruźliczych. Śmiertelność ich po 3 m. życa była 5,7%, co nie przewyższa zwykłej odsetki śmiertelności w tym wieku. Było to więc rzeczywiste doświadczenie na ludziach żywych. Wśród 171 dzieci zarażonych (odczyn skórny dodatni), oddzielonych w celu uniknięcia reinfekcji — waga aż do 4 lat trzymała się nisko; w tym czasie doszła do normy i nawet przewyższała normę. 17 dzieci zmarło na sprawy gruźlicze mimo oddzielenia; a więc 7.6% — giną w normalnych warunkach ich życia — według statystyki śmiertelności dzieci pozostających w zetknięciu z gruźlicą ten odsetek dochodzi do 82. Stąd wniosek konieczności szczepienia przeciwgruźliczego.

Odporność ustroju na gruźlicę polega według Calmette-Guerina, na obecności w ustroju paru laseczników w stanie życia utajonego.

Zetknięcie z gr. musi być długie aby się dziecko zaraziło (Dellile). Wypadkowe zetknięcie zdaje się być jednak wystarczające do powstania prosówki *(d'emblée)* lub zap. opon mózgowych Gruźlica niemowlęcia występuje pod postacią gruźlicy gruczołowo-płucnej, serowatej, postępującej. Sekcje potwierdzają częstość pierwotnego ogniska w płucach (Parrot, Roneche) .

Postacie kliniczne gr. niemowląt występują jako:

a) ostre: 1) — prosówka, 2) — broncho-pneumonia;

b) podostre lub chroniczne; gruzełki oddzielne. zapalenia płuc serowate, zap. opłucnej.

Armand Dellile rozróżnia w prosówce dwa okresy: 1) bacillemje, 2) prosówka uogólniona. Bacillemja powstaje przez dostanie się laseczników do przewodu piersiowego i do żyły czczej górnej, albo przez przedarcie się ogniska gruźliczego do jakiegoś naczynia małego lub wielkiego krążenia. Od umiejscowienia zrostu między gruczołami, a naczyniami zależy topografja prosówki która u dziecka bywa najczęściej w płucach. Okres wstępny prosówki równa się rozsiewaniu bakteryj — bez odczynu miejscowego w narządach. Objawy ogólne trwają 2 tyg. do 1 miesiąca. Czasem widujemy nagłe skoki ciepłoty, duszność, bóle brzucha, naśladujące napad zap. wyrostka robaczkowego. W okresie rozwoju ciepłota przypomina dur brzuszny, lecz po 3 tygodniach brak poprawy. Przy serodjagnostyce należy brać w rachubę tylko odczyny mocne i myśleć o gruźlicy jeśli są one popod 1/100 dla Eberth'a i 1/400 dla para A i B.

Poszukiwanie bakteryj we krwi rzadko daje wyniki, gdyż zwykle są one już wtedy „fixe".

Armand Dellile wskazuje też na inne postacie prosówki, a więc 1) typ przypominający zap. kiszek: 2) typ grypowy, 3) typ toksyczny, nie dający żadnych objawów prócz sinicy i duszności, zmniejszenia ilości moczu, a kończący się szybko zaduszeniem.

Tym ostrym postaciom prosówki należy przeciwstawić postacie łagodne, niejako ambulatoryjne, objawiające się tylko niemocą, lub zaburzeniami kiszek, a kończące się nagłą śmiercią.

Są, wreszcie, typy poronne, t. zw. *typho-bacillose* (Landouzy), o lokalizacji częstej na błonach surowiczych *(peritonitis, pleuritis)*. Może zajść wyleczenie lub przejście sprawy chorobowej na płuca (Femet, Bouleit). Jako dalszy ciąg lokalizacji surowiczych — typ *polyartritis tbc*. Rozwój choroby płuc u dzieci, jeżeli już do niej doszło, postępuje szybciej niż u dorosłego 6—18 miesięcy zamiast 3—21 lat.

U dzieci spotykamy typ zmian płucnych w postaci spleno-pneumonji gruźliczej. Mamy tu objawy wysłuchowe zap. opłucnej, ale bez wysięku. Radjoskopja daje obraz zaćmienia płuca, jednak rozjaśniający się ku dołowi. Przy zakładaniu odmy opłucna się łatwo odkleja, choć uciśnienie płuca jest trudne. Jest to postać nie złośliwa, goi się po dwu i trzech latach.

Opinja o leczeniu gr. dziecięcej lampą kwarcową jest podzielona. Ribadeau-Dumas otrzymywał wyniki ujemne; stosuje lampę jako środek zapobiegawczy; stosuje ją więc w zap. otrzewnej, gr. gruczołów i gr. płuc — ale w okresach przewlekłych.

W sprawie dróg, któremi zarazek przechodzi do ustroju, zabiera głos Campani. Rzuca pytanie, czemu lekarze chorób gruźliczych, przebywający tak często w atmosferze plujących gruźlików, rzadko zapadają na gruźlicę? Powinno być inaczej, jeśli główną drogą infekcji byłaby droga oddechowa. W 25% gr. płucnej znajdował C. w wywiadach ropne zakażenie skóry. W 67% przypadków umiejscowienie tych schorzeń odpowiadało stronie płuca chorego.

Opisane przez Granchera przed laty dwudziestu objawy wysłuchowe w wierzchołkach płuc miały znamionować najpierwszy okres gruźlicy poczynającej się w szczytach. Dziś, znajdując u chorego objawy takie, jak: szmer pęcherzykowy osłabiony, oddech zaostrzony lub wydłużony — wiemy, że te objawy mogą zależeć od warunków fizjologicznych indywidualnych. Autorzy przypuszczają, że objawy wysłuchowe Granchera mogą też zależeć od sprawy twardnienia odbywającego się w płucach przy gojeniu się

zarażenia pierwotnego. Laseczniki z pierwotnego ogniska wędrują drogami limfatycznemi płuc i wywołują stan zapalny: lub też może przypływ leukocytów powodowany przez walkę, odbywającą się w ogniskach gruczołowo-płucnych przy pierwotnem zakażeniu płuc — zostawia ten ślad, widoczny później na ekranie Roentgena. Niema więc umiejscowienia sprawy chorobowej w szczytach jest natomiast umiejscowienie raczej czysto wysłuchowe zmian znacznie rozleglejszych. W szczytach grubość tkanki płucnej jest mniejsza i mniej maskuje odgłosy, podczas gdy podobne zmiany u podstawy i wnęki, te same co do wartości anatomopatologicznej, są często nieme.

Bouquet i Negre otrzymali, traktując w odpowiedni sposób wyhodowane bakt. ludzi i bydła w alkoholu metylowym, antygen metylowy, który ma tę wyższość nad innemi podobnemi substancjami, że nie daje żadnych odczynów lokalnych, czy ogólnych, ani oznak nadczułości. Używają go do odczynu surowicy krwi osobników gruźliczych. Ma być b czynny. Daje odczyn nawet przy b. małej ilości przeciwciał. Za nielicznemi wyjątkami surowica osób niegruźliczych nie utrwala aleksyny w obecności antygenu metylowego. Jak i inne antygeny daje odczyn dodatni z surowicą kiłową. W praktyce trzeba jednocześnie wykonywać i odczyn Wassermanna. Dellile, Bernard, Bezancon wykazali, że w 85% gr. czynnej daje on odczyn dodatni, w 15% gr. odczyn jest ujemny. Jednak ta nieobecność przeciwciał jest przejściową, jak wskazują odczyny dodatnie otrzymywane po kilku dniach. Dla ustalenia zdania należy odczyn powtarzać co 8 lub 10 dni. Odchylenie silne przy Bordet-Wassermannie ujemnym daje pewność gruźlicy, przy zastrzeżeniu, że surowica osób wyleczonych zawiera przeciwciała jeszcze w ciągu paru miesięcy po wyleczeniu. Doświadczalnie na zwierzętach autorzy sprawdzili, że zwierzęta zakażone, a później leczone antygenem, przeżywały inne o pięć miesięcy. Sekcje wykazywały zmiany w gruczołach limfatycznych, śledzionie — czasem pojedyncze gruzełki w płucach. Ludzi leczyli antygenem Ginard, Dellile, Duhamel, Marti. Ginard opiera swą opinję na 140 chorych, z których 120 miało zmiany w płucach, 116 Kocha dodatniego; 27 ogniska czynne. Jak i inni, stwierdza, że to leczenie wzmaga odporność ustroju i powoduje zwolnienie postępu sprawy, wysuszanie ognisk i obniżanie ciepłoty aż do normalnej. Dermatolodzy (Bertoux i Jacob) stosują chętnie antygen przy wilku — z wynikiem pomyślnym. Zastrzykiwania antygenu mają tę wyższość nad tuberkuliną, że dają nikłe odczyny ogólne. (Zaczyna się od dawki 0,005 — aż do 0,01).

Opadanie krwinek, jako wskaźnik rokowniczy stosowane jest łącznie z diazo-reakcją Ehrlicha w Montanie. Na wysokości 600 m. za normę uważają 200 m. dla mężczyzn, 300 m. dla kobiet. Szybkość opadania krwinek nigdy w rokowaniu nie zawiodła. Odczyn diazo ujemny nic nie mówi; dodatni, a szczególniej stale dodatni, daje rokowanie złe. Salomon i Valtis są zdania, że szybkość opadania jest wyrazem odporności ustroju na chorobe. Opadanie szybkie ma odpowiadać postaciom wysiękowym, średnie — zmianom o charakterze łącznotkankowym. Karabelnikow z Odessy uważa przyśpieszenie opadania za wyraźne przeciwwskazanie do wszelkich operacyj. Wbrew przyjętemu zdaniu o szybkości opadania u luetyków, dwu luetyków dało opadanie między 275 a 365 minutami.

Maurice Villenet, Marcel Marbiny i Cordier podnoszą sprawę prognostycznego znaczenia *ciśnienia żylnego w gruźlicy*.

W gruźlicy ostrej (prosówka, pneumonja serowata, splenopneumonja i bronchopneumonja tbc.) zależnie więc od charakteru anatomo-patologicznego postaci gruźlicy znajdowali: w prosówce ciśnienie b. podniesione (do 20); w pneumonji i broncho-pneumonji — niskie (9); splenopneumonja nie wpływała na zmianę wysokości uprzednio istniejącego ciśnienia. *Tbc. fibrosa* daje ciśnienie podwyższone, jeśli zmiany zajmują oba wierzchołki. Jeden wierzchołek nie stwarza nadmiaru pracy dla prawego serca i wymyka się z tej racyji z ogólnej reguły dla *tbc. fibrosa. Tbc. ulecero-caseosa* jednostronna daje ciśnienie normalne lub obniżone, obustronna — podwyższa je.

Tbc. cavitavia obniża ciśnienie. Saint Giron, Grellety, Bossivel podaje, że nawet wielkie okolice zserowaciałe nie zakłócają ciśnienia normalnego, dzięki brakowi ucisku na drobne tętniczki i powolnemu postępowi choroby. Wszystkie postacie gruźlicy z krwioplucie m dają przed krwotokiem podwyższenie ciśnienia żylnego (0,4 do 10 cm); jednak to podwyższenie jest mniej widoczne u mających zmiany włókniste. Saint Giron, Grellety, Bossivel podnoszą tu wpływ układu neuro-inkretowego na poziom ciśnienia, nazywając go: „syndrome d'acrocyanose avec troubles ovariens et hypertension veineuse". Postacie gruźlicy z adenopatją okołooskrzelową dają wysokie ciśnienie żylne — co się tłumaczy uciskiem na *v. c. superior*. Postacie wysiękowe dają podwyższenie ciśnienia. W odmie samoistnej ciśnienie bywało normalne lub podwyższone, w sztucznej zaś podniesienie nagłe ciśnienia po 6, 8 insuflacji zapowiada nietolerancję na zabieg. Podnoszenie się ciśnienia żylnego może mieć wartość przy ostrej gruźlicy, uprzedzając o grożącej prosówce lub splenopneumonji, też przy adenopatji, wysięku nierozpoznanym opłucnej, przy skłonności do krwotoku. Jest wskaźnikiem skłonności do włóknienia.

Lecznictwo. — Prix, delegowany do Möllgaard'a tak się wyraża o jego środku: „Po raz pierwszy znajdujemy się wobec leczenia chemicznego, którego swoistość wydaje się niezaprzeczalna, a którego skuteczność jest równa, a może wyższa, z racji szybkości otrzymywanej poprawy, od leczenia higjeno-dietetycznego i leczenia uciskiem". Urbino podnosi, że w roku 1919 lekarz włoski Serono wprowadził leczenie gruźlicy za pomocą śródżylnych i śródmięśniowych zastrzyknięć soli podwójnej, miedzi i potasu, kuprocjanu. Sól ta niema żadnego działania ubocznego. Trocello, Trombetta, Perriti i Ripo stosowali to leczenie przy trądzie i gruźlicy z bardzo dobrym wynikiem. Po czterech latach obserwowani chorzy byli znacznie zdrowsi naogół; leczenie daje szybkie polepszenie łaknienia, wagi i zmniejszenie niedokrwistości. — Co do leczenia gruźlicy przewlekłej jodem opinje są podzielone. Bezancon, Yong i Christophe odmawiają jodowi wpływu na gruźlicę. Migoul, Foussal, Bernard, Barbier, i liczni inni są zwolennikami tej terapji, opierając się przy tem na przesłankach teoretycznych i praktycznych. — Jod czysty ma mieć inne działanie, niż jodki; działa, powodując: 1) Zniknięcie objawów toksycznych. Pruchet i Lacheret wykazali działanie swoiste jodu na ektazynę — trucizne, rozszerzającą naczynia. 2) Hyperleukocytozę: podnieca fagocytozę, podnosi wskaźnik opsoniczny, podnieca wydzieliny gruczołowe (Calmette nazywa „formule de defense" — formułkę krwi, powstającą pod wpływem jodu). 3) Powoduje skłonność do bliznowacenia ran i wysychania zmian wilgotnych. (Bezancon i Yong twierdzą, że to zabliźnianie nie jest dość szybkie, aby mówić o swoistem działaniu jodu). Jod powinien być stosowany w gruźlicy płuc o zmianach niezbyt rozległych i rozwoju powolnym, bez obfitych wydzielin . Naogół, stosowany chorym, którzy się dobrze bronią. Stosowany ma być w zastrzyknięciach. Co do zarzutu powodowania krwotoków, to autorzy negują to działanie. Malemet jest zdania, że krwioplucie łatwo powstaje u gruźlików-syfilistyków.

Opoterapja. — Bayles z Cannes stosuje od 1903 r. metody opoterapji w leczeniu swych chorych gruźliczych. Doszedł on do tego leczenia na zasadzie następujących przesłanek: 1) Krew chorych na gruźlicę czynną wykazuje zmniejszenie ilości cz. c. krwi, (3.800.00), hemoglobiny, białych c. krwi, ze stosunkowem zwiększeniem wielojądrzastych. W moczu występuje fosfaturja. 2) Kiedy zmiany gruźlicze się goją, ilość cz. c. krwi zwiększa się, formułka krwi zmienia się, zjawiają się większe ilości lymfocytów i eozynochłonnych. Opoterapja działa dodatnio, ponieważ zwiększa ilość cz. c. krwi i podnosi ilość hemoglobiny (Simon, Spielman z Nancy, Monier, Raguain, Danielewski, Selencki). Autor, po zastrzyknięciu 5 ctm. wyciągu śledziony, otrzymywał podniesienie się ilości cz. c. krwi z 3.800.000 do 5 miljonów już po 24 godz. Zjawisko to nie było przejściowe. Doświadczalnie i klinicznie stwierdzali wyżej wymienieni autorzy poważne zmiany w szybkości gojenia się gruźlicy. A więc widziano: zmianę formułki krwi z pojawieniem się eozynochłonnych, zmniejszenie wydzielania fosfatów i zwiększanie zawartości wapnia we krwi w ogniskach chorobowych, szybki przyrost tkanki łącznej (Schröder i Bayle), zmiany granulacyjne laseczników oraz zniknięcie ich. (Po jednym miesiącu leczenia 40% utraciło laseczniki (Ragain). Zwierzęta, leczone tą metodą, żyją dwa razy dłużej i mają zmiany mniejsze. Klinicznie: stan chorego poprawia się po 1 tygodniu, waga przybywa, objawy oddechowe się wyjaśniają, widzimy zagojenie, a nawet w okresie pierwszym powrót do normy. — Podczas leczenia dbać należy o narząd trawienny, szczególnie o wątrobę. Zażywać można wyciąg śledziony doustnie (w postaci syropu) — 25 gr. na 1 łyżkę syropu. Dorosłym 4 łyżki dziennie, dzieciom 1 łyżkę 4 razy na tydzień.

Po 3 tygodniach przerwa w kuracji. Podskórnie lub śródmięśniowo daje się 5—10 ctm dorosłym, dzieciom 1 ctm., licząc na 1 rok wieku.

Z metod chirurgicznego leczenia rozważane są torakoplastyka i frenikotomja. Bernard twierdzi, że Francja wykonywa odmę zwykle za późno. Najlepsze wyniki daje ona w sanatorjach. Warunki powodzenia są: dobry stan płuca symetrycznego, zdrowe serca nerki i wątroba. Gdzie odmy się wytworzyć ne udaje, wykonać torakoplastykę na dwu posiedzeniach dla uniknięcia wstrząsu. — Perret i Piquet starają się przekonać opinję francuską o skuteczności frenikotomji. Tak jak w torakoplastyce, płuco tu jest czynne, podczas gdy w odmie jest bierne. W ostrych stanach wskazaną jest odma. W stanach, gdzie płuco się ściąga —

torakoplastyka. Wycięcie n. phrenici wskazane jest tam, gdzie klinicznie i radjograficznie stwierdzimy stwardnienie, a zmiany są umiejscowione u podstawy płuc. Jest to najłagodniejszy zabieg na płucu. Przepona podnosi się zwolna, prawie fizjologicznie, łagodnie uciska płuca. Z racji tej może być zastosowaną w wolno przebiegających postaciach gruźlicy, gdy o innym zabiegu niema mowy, n. p. w gr. bliznowatej, gdy zachodzi obawa odnowienia się sprawy. Wolno wtedy odstąpić od zasady nieskazitelności drugiego wierzchołka. Ponieważ jednak operacja ta jest bezpowrotna, zawsze lepiej najpierw popróbować odmy. Wyraźne wskazanie do frenikotomji stanowi rozstrzeń oskrzeli u podstawy płuca. Wyniki tego zabiegu są nie tak zupełne, jak innych. Zapewne zależy to od istnienia rozgałęzień pobocznych przeciętego nerwu.

Bezancon podaje, że w 46 przypadkach krwioplucia znajdował zawsze jedne i te same spirochety po 7 do 8 w polu widzenia. Stawia pytanie, czy nie grają one roli w powstawaniu krwioplucia. Cordier bada sprawę „poussés evolutives“ gruźliczych, ich zależność rzekomą od wydzielin gruczołów wydzielania wewnętrznego, czy też nerwu sympatycznego. Badając 1600 chorych podczas menstruacji doszedł do przekonania, że niema żadnej łączności między menstruacją, a postępem choroby w płucach. Twierdzi, że „poussées evolutives“ gruźlicze powstaje pod wpływem tarczycy *(hyperthyreodisme)* jajnik wywołuje napięcie nerwu sympatycznego zupełnie nieszkodliwe.

Cordier, Delore badając równowagę kwasowęglową w gruźlicy dochodzą do przekonania, że niema żadnej zależności między stopniem rezerwy zasadowej, a czynnym stanem choroby. Koncentracja jonów H., była określana u 45 chorych metodą elektrometryczną. Ile razy p. H. przewyższał 7,50 znajdowano sprawę czynną, pochodzi to z allkalozy gazowej anoksemji. Alkalinizacja krwi byłaby więc zjawiskiem wtórnem w stosunku do zmian płucnych.

Odkrycie Calmette-Guerina było już omówione w P. Gazecie lekarskiej N. 36 z r. 1926. *K. B. G.*

Beiträge Zur Klinik der Tuberkulose.

Tom 60.

Siegfried: *Przypadek skostnienia kręgosłupa.* Opis przypadku choroby Ponceta, przypominający skostnienie kręgosłupa typu Strümpell-Marie z tą różnicą, że sprawa przebiegała u osobnika chorego na gruźlicę płuc, szybko postępowała i nie poddawała się leczeniu salicylem. Autor zwraca uwagę na częstość upośledzenia ruchów kręgosłupa u chorych z cierpieniami wewnętrznemi (25% wszystkich chorych) a w szczególności przy gruźlicy (do 40% ogólnej ilości chorych).

Dr. Józef Geszti. *Dlaczego gruźlica płuc zaczyna się przeważnie w prawym szczycie?* Zdanie, że gruźlica płuc rozpoczyna się przeważnie w prawym szczycie, zostało ogólnie przyjęte; dla stwierdzenia tego poglądu Standgaard zbadał 2432 chorych na gruźlicę i skonstatował 63% spraw prawostronnych, a 27% lewostronnych.

W pierwszym okresie Turbana 83% chorych miało zmiany z prawej strony, a 17% z lewej; w II-im okresie — 60% z prawej strony, a 40% z lewej; w III okresie 40% z prawej strony, a 60% z lewej. Na podstawie tych spostrzeżeń Standgaard wnioskuje, że gruźlica rozpoczyna się przeważnie w prawym szczycie, a po osiągnięciu II okresu szerzy się szybciej w płucu lewem. Wyniki Standgaarda potwierdza Geszti badaniem 1326 przypadków. Zgodnie z badaniami Arnolda i innych prawa połowa płuc wykazuje predylekcję nie tylko do gruźlicy, lecz i do pylic. Mamy więc do czynienia nie z przypadkiem, ale z prawidłowością, która ma głębsze przyczyny. Objaśnienie tego zjawiska znajdujemy u Tendeloo, Corneta i innych, którzy twierdzą, że prawe główne oskrzele jest szersze i dłuższe, że siła ssąca prawej połowy płuc jest silniejsza, niż lewego.

Geszti sądzi, że te momenty nie wystarczają, zwłaszcza dla przypadków gruźlicy szerzącej się endogennie, i przypuszcza, że główną rolę odgrywają tu ruchy oddechowe przepony. Ruchy oddechowe, zwłaszcza wdechowe, prawej połowy przepony są ograniczone przez wątrobę. Kyrieleis stwierdził, że smugi pigmentowane na opłucnej ze strony płuc mniej są wyraźne u mężczyzn, niż u kobiet, a jednocześnie — prawa połowa przepony w 55% jest wyraźniej pigmentowana niż lewa; zjawisko to objaśnia ograniczeniem ruchów pr. połowy przepony przez przylegającą wątrobę. Geszti wspólnie z Beitzkem sądzi, że ograniczenie ruchów oddechowych w dolnych płatach pr. płuca powoduje również ograniczenie ruchów oddechowych w prawym szczycie. Przypuszczenie swoje potwierdza przez fakt, że przy początkowych wysiękach, wpływających na zmniejszenie ruchów przepony, spostrzegamy w szczycie niedodmę.

Kühn: *Leczenie gruźlicy za pomocą wziewań węgla, wapna i krzemu.* Autor powołuje się na fakt, że górnicy i robotnicy pracujący w cementowniach, w fabrykach porcelany, gipsu bardzo rzadko chorują na gruźlicę, a u chorych na gruźlicę pochodzących z tych sfer stwierdzić można wyłącznie gruźlicę włóknistą, łagodną. Spostrzeżenia te niejednokrotnie chciano zastosować w praktyce, ale obawa szkodliwego wpływu pylic odstręczała wielu. Kühn twierdzi, że obawy są przesadne, że gruźlik chętnie zamieniłby swą gruźlicę na pylicę jako mniej szkodliwą; zastanawia się jednakże nad tem, w jakiby sposób uchronić zdrowe części płuc od pylicy, a wpływać jedynie na części płuc zajęte sprawą gruźliczą. Metodę Heniksa wziewań przy pomocy bronchoskopu odrzuca, jako uciążliwą, niezupełnie bezpieczną i niedostępną dla niespecjalistów. Proponuje stosowanie „proszku płucnego“, składającego się z 70% wapna, 10% krzemu, 15% węgla i 5% tlenku węgla w ciągu szeregu lat. Wobec konieczności długoletniej obserwacji, autor wstrzymuje się od wypowiedzenia ostatniego słowa, ale stwierdza, że miał kilka przypadków wyleczenia, względnie zamiany sprawy wysiękowej na wytwórczą.

Haardt: *Dwa przypadki niepomyślnego leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani.* Wskazania do operacyjnego leczenia gruźlicy krtani w wielu przypadkach są trudniejsze, niż technika operacyjną. Najtrudniej ocenić ogólny stan zdrowia chorego i zdać sobie sprawę z odporności organizmu. Niejednokrotnie zdarza się, że zmiany miejscowe w krtani uzasadniają zabieg operacyjny, a stan ogólny chorego zabrania dokonania operacji. Dla potwierdzenia swego zdania autor przytacza dwie historje choroby:

Przypadek I-szy: 40-letni pacjent z dużemi zmianami, jamy w pr. płucu, nie gorączkujący; z powodu gruźlicy krtani był poddany kauteryzacji. Po operacji zaczął gorączkować do 39°; po upływie 4-ch tygodni krwioplucie, liczne wilgotne rzężenia. Zgon po upływie 3-ch miesięcy od dnia operacji. Sekcja stwierdziła zupełne wygojenie zmian miejscowych w krtani.

Przypadek II-gi: 25-letni pacjent, chory od 6 lat; kaszle, pluje i odczuwa bole podczas łykania. Rozpoznanie: gruźlica obu górnych płatów i dolnego prawego, typu *stationaris,* owrzodzenia gruźlicze na *epiglottis.* Chory nie gorączkował. Dokonano operacji na *epiglottis.* Po operacji ciepłota do 40°, po upływie 10 dni krwioplucie; po upływie 15 dni niebezpieczny krwotok płucny. Krwotoki powtarzały się; potem rozwinęło się zapalenie stawów, które ustąpiło po zastosowaniu kryzolganu. Dopiero po upływie 2 miesięcy stan chorego zaczął się poprawiać. W krtani zupełne wyleczenie. Na podstawie tych przypadków, autor twierdzi, że chociaż nie jest przeciwnikiem chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani, jednakże zabieg może pogorszyć sprawę w płucach.

A. Freund: *Dwa wypadki zatoru gazowego podczas stosowania odmy sztucznej.* Autor streszcza historje choroby dwu pacjentów, którym stosowano odmę. Podczas piewszego założenia odmy wprowadzono 150 cm³ powietrza; wystąpiła rozedma podskórna. Następne dwie odmy uzupełniające przeszły bez powikłań. Podczas czwartego uzupełnienia nie stwierdzono wahań na manometrze i z powodu silnego uczucia bolu igłę wyjęto, nie wpuszczając wcale powietrza. Po upłynie 1½ godziny wystąpiły objawy zatoru gazowego w mózgu, które ustąpiły po dwu dniach. W drugim przypadku, podczas powtórnego uzupełniania odmy, wystąpiły objawy prawostronnego połowicznego porażenia, jako następstwo zatoru gazowego w mózgu; i w tym przypadku, wobec minimalnych wahań manometru, powietrze wpuszczone nie było. Po upływie 3-ch dni objawy przeszły bez śladu.

Freund przypuszcza, że albo nastąpiło wessanie powietrza z igły lub węża gumowego, lub też wskutek przebicia tkanki płucnej, powietrze zostało przyssane z pęcherzyków płucnych. Ażeby uniknąć zatoru gazowego, Freund poleca stosowanie dwutlenku węgla i używanie igły Heniusa.

F. Kröneke: *Ocena sposobów stwierdzania gruźlicy czynnej.* Stwierdzenie, czy gruźlica jest czynną, nie jest łatwe, gdyż dotychczas nie posiadamy metody, z pomocą której moglibyśmy stanowczo to określić. Nie możemy opierać się na klasycznych objawach gruźlicy, gdyż często brak tych objawów. Roentgena przeważnie stosujemy dla określenia umiejscowienia sprawy, a względnie rzadko udaje się nam stwierdzić jej charakter. Zawodzą również próby tuberkulinowe; po zastosowaniu tuberkuliny zupełnie zdrowym osobom spostrzegamy niekiedy podwyższenie ciepłoty. Skórne i śródskórne próby tuberkulinowe świadczą o allergji skóry. Nie są pewne badania serologiczne, dążące do znalezienia swoistych przeciwciał w surowicy. O wartości reakcji wiązania dopełniacza podług Wassermanna mamy przeważnie zdanie ujemne. Próby Besredki i Forneta nie dały wyników pewnych. Najbardziej rozpowszechniło się badanie chyżości opadania czerwonych krwinek, które, po wyłączeniu licznych stanów chorobowych, wpływających na przyśpieszenie opadania, można stosować jako środek djagnostyczny i prognostyczny. Autor też

w tym celu poleca metodę Mateffy, polegającą na skłaczaniu globulin w surowicy za pomocą $^1/_2$‰ roztworu siarczanu aluminium. Jednakże ujemny wynik tego odczynu nie wyklucza początkowej gruźlicy, gdyż w tym okresie nie stwierdzamy rozpadu tkanek, wpływającego na dodatni wynik odczynu, jak również w przypadkach rozpadowej gruźlicy nie otrzymano wyników dodatnich. Pomimo tych ujemnych stron, odczyn Mateffy można stosować, jako prosty i dość czuły.

Franz Schmidt: *Znaczenie odczynu Weissa dla rozpoznania, rokowania i leczenia gruźlicy płuc.* Urochromogen jest jedną z substancji powodujących odczyn diazo w moczu. Urochromogen posiada największe powinowactwo do odczynników stosowanych przy diazoreakcji i winien być uważany jako przyczyna tego odczynu. Weiss wykazał, że normalny mocz zawiera urochromogen w nieznacznej ilości. Przy pomocy nadmanganianiu potasu urochromogen przekształca się w urochrom, powodując zabarwienie. Zwiększona ilość urochromogenu daje odczyn z *kal. hypermanganicum;* bardzo dużą ilość daje odczyn diazo. Okazało się, że wydzielanie urochromogenu jest równoczesne z wydzielaniem siarki, która wskazuje na wzmożony rozpad tkanek. Urochromogen jest pochodną tyrozyny i tryptofanu i powstaje w nerkach. Przy uszkodzeniach nerek urochromogen znika z moczu. Ilość wydzielanego urochromogenu nie jest zależna od djety. W normalnych warunkach ilość urochromogenu zwiększa się po narkozie chloroformowej i głębokiej terapji roentgenowskiej. Diazo nie jest patognomoniczne dla żadnej choroby. O znaczeniu odczynu Weissa w leczeniu wypowiedział się Gutt: wszystkie dodatnie odczyny nie nadają się do sanatorjów, prócz wypadków z wskazaniem do odmy, która w tych wypadkach ratuje życie.. Weiss: dodatni odczyn jest przeciwwskazaniem do lecznictwa swoistego. W chirurgji przy dodatnim odczynie długotrwałym, należy zarzucić leczenie zachowawcze. Odczyn Weissa dodatni źle rokuje. Różnica pomiędzy odczynem Weissa i diazo jest często ilościowa.

Zestawienie:

1. Odczyn Weissa jest dobrym wskaźnikiem stopnia rozpadu.
2. Odczyn Weissa występuje wcześniej, niż odczyn Ehrlicha.
3. Winien być dokonany we wszystkich przypadkach gorączkujących.

Adolf Gehrke i Franz Schmidt: *O leczeniu swoistem doskórnem gruźlicy i o biologicznem znaczeniu skóry.* Lekarze starożytni uznawali rolę skóry w schorzeniach ustroju. Jenner w 1822 r. wskazał na wpływ środków drażniących skórę na schorzenia wewnętrzne. Capessar wskazał na dodatni wpływ wcierań maści mydlanych w skórę na przebieg gruźlicy.

Bloch nazywa skórę narządem obronnym przeciwko działaniu zarazków i toksyn; czynniki drażniące skórę podnoszą jej zdolność obronną.

Buschke i Freyman wskazują na dobre rokowanie przy kile, gdy wyraźnie występują objawy skórne kiły drugorzędnej. Hoffman twierdzi, że u luetyków, którzy mieli wyraźne objawy drugorzędowe, bardzo rzadko występuje tabes i *paralysis progressiva.* Hoog stwierdził, że fagocytarna zdolność krwi skórnej jest znacznie większa niż takaż w narządach wewnętrznych. Lampa kwarcowa pobudza skórę do większej fogocytozy i podnosi wskaźnik opsoniczny. Müller wskazał na zwiększenie leukocytów po doskórnem zastrzyknięciu aolanu w ilości 0,2 cm.; gdy natomiast po podskórnem zastrzyknięciu 1 cm.^{3} ilość leukocytów się nie zwiększyła. Klemperer nie zauważył u wszystkich chorych tego objawu i uzależnia to od nadczułości niektórych osobników na aolan.

Vollmer badał zachowanie się acydozy, i cukru we krwi po doskórnem zastrzyknięciu soli fizjologicznej, PH w moczu się obniżyło, czyli nastąpił zwrot przemiany materji w kierunku alkalicznym. Nie stwierdził tego po podskórnem zastrzyknięciu soli fizjologicznej. Jednoczesne podanie atropiny znosi to działanie doskórnego zastrzyknięcia. Natomiast przy podaniu adrenaliny spostrzegamy dwie fazy: I acydotyczna, II alkolotyczna. Przy sympatykotonji stwierdza się, według Krausa, — acydozę i zwiększenie ilości wapnia przy zwiększeniu ilości fosforu i potasu. Przy wagotonji wszystko to dzieje się w odwrotnym stosunku.

Lewandowski podaje, że wiek wpływa na postać odczynu skóry na zakażenie gruźlicy; u oseska mamy ulcus, u dziecka lupus, u dorosłego tuberkulid. Autor przechodzi następnie do znaczenia wcierań maścią podług Petruschky'ego. *Linimentum compositum* Petruschky'ego składa się z mieszaniny wyciągów alkologlycerynowych szybko zasuszonych laseczników i emulsji laseczników. Otrzymać je można w różnych stężeniach.

Petruszky podaje jako odczyny: zmęczenie, utrata łaknienia i pobudliwość nerwowa. Podniesienie ciepłoty nie jest pożądanym odczynem. Przeciwwskazanie do wcierań, wtórne zakażenie, gruźlica prosówkowa, *meningitis, caries columnae vertebralis,* znacznie posunięta gruźlica płuc, wady serca, zapalenia nerek i cukrzyca.

Ektebina Moro składa się z keratolitycznych substancyj tuberkuliny i zabitych laseczników *(typus humanus i bovinus).*

Technika polega na tem: przy zwiększaniu pola stosowania (5—7,5—10—12—15 cm^2) wciera do 5—10—15—20—25—30 mm^3 maści. Przy odczynie miejscowym lub ogólnym stosuje się te same dawki aż do zniknięcia odczynu. Stopień odczynu skórnego określa się jak: pojedyńcze grudki, grudki na zaczerwienionej skórze; grudki i pęcherzyki na zaczerwienionej skórze; powstawanie owrzodzeń.

Autor nie zauważył zwiększenia odczynu po uprzedniem nacieraniu eterem lub alkoholem.

Na zasadzie własnych badań autor stwierdza, że ektabina nie jest obojętnym środkiem. Dokładne dawkowanie jest możliwe. Autor nie jest zwolennikiem tej metody, ale widzi jej wyższość nad metodą Petruszky'ego.

Metoda Pondorfa — jest w mniemaniu autora najlepszą z metod doskórnych specyficznego leczenia gruźlicy ze względu na możność ścisłego dawkowania. Jednocześnie jest ta metoda niebezpieczną i wymaga dużej wprawy lekarza.

Brünneke: *Kliniczno-doświadczalny przyczynek do swoistego rozpoznawania gruźlicy.*

Praca o charakterze doświadczalnym. Autor porównuje siłę odczynu wywołanego przez wcieranie maści tuberkulinowych, stosowanych w djagnostyce gruźlicy. Chodzi autorowi o porównanie siły działania poszczególnych maści w stosunku do odczynu Pirqueta i jednocześnie stwierdzenie najpewniejszego działania odczynu Mantoux, nawet w największych rozcieńczeniach. Autor używa 3 istniejących przetworów: Mt b R Deyc'kego; Moro maść rozpoznawcza; Ektebina Moro i zabieg Pirqueta; stosuje je jednocześnie, wcierając w cztery różne czworoboki na piersi i górnej części brzucha.

Z 46 przypadków dzieci gruźliczych dawało odczyn: Mt b R 24 = 52,1%; Moro maści 30 = 65,2%; Moro Ektebina 33 = 71,7%; Pirquet 71,7%.

Z 24 przypadków, które reagowały dodatnio na wszystkie maści, najsilniejsze odczyny dawała ektebina, najsłabiej reagowała Mt b R Deyc'kego.

Ektebina i Pirquet dają równie silne odczyny, dając jednak 28% ujemnych odczynów tam, gdzie mamy do czynienia z notorycznie stwierdzoną gruźlicą, a powtórny Mantoux wykazuje dodatnie odczyny. Na podstawie 285 przypadków, u których zrobiono odczyn Mantoux, autor stwierdza, iż Mantoux w rozczynie 1/1000 daje 86.6% dodatnich odczynów. W stosunku do Partialantigenu Mucha autor stwierdza, że tam gdzie 1 na 100 tuberkuliny daje jeszcze wyraźny odczyn, tam Partialantigen daje bardzo słaby lub wcale odczynu nie daje. Zastrzegając się, że stara tuberkulina w swoim chemicznym składzie różni się od partialantigenów Mucha, autor na podstawie swoich doświadczeń przychodzi do następujących wniosków. Najczulszą maścią tuberkulinową jest ektebina, która w swojem działaniu dorównuje Pirquetowi. Najczulszy ze wszystkich odczynów jest odczyn Mantoux, który już w rozczynie 1/1000 daje dodatnie odczyny.

Stosunek Mantoux do antygenów cząstkowych jest taki, że tam gdzie największe rozcieńczenie starej tuberkuliny daje jeszcze dodatni odczyn, tam antygen cząstkowy nie daje odczynu lub bardzo słaby.

Ziegler: *W sprawie rozpoznawania jakościowego i podziału suchot płucnych.* Autor stwierdza, że najczęściej spotykane przypadki suchot płucnych należą do postaci mieszanych, wysiękowo-wytwórczych. Czyste postacie zdarzają się b. rzadko. Typem czystej postaci wytwórczej jest *tbc. miliaris,* wysiękowej — *pneumonia caseosa.*

Szerzenie się gruźlicy drogą krwionośną sprzyja powstawaniu gruźlicy wytwórczej, drogą oddechową — wysiękowej. Postacie wytwórcze i wysiękowe — histologicznie różne, są podług autora pojęciem czysto anatomicznem, zależnem od ostatecznej lokalizacji lasecznika w tkance płucnej. Kliniczny obraz suchot płucnych jest najczęściej wypadkową tych dwuch postaci histologicznych. Nie nadają się one jako podstawa do podziału klinicznego suchot płucnych. Dla celów praktycznych podział musi być prosty, jasny i dla każdego dostępny. Określenie, zaś czy mamy z postacią wysiękową czy wytwórczą do czynienia bez pomocy pr. Roentgena jest trudny do pomyślenia, tembardziej, że najczęściej występują postacie mieszane.

Dlatego też autor proponuje jako zasadę przyjąć podział Turbana-Gerhardta z podaniem danych o umiejscowieniu sprawy chorobowej, ciepłoty, postępu i rokowania. Rozpoznanie anatomiczne podaje w przypadkach jaskrawo-wyraźnych, operując pojęciami: *cirrhosis, pneumonia cavernosa.*

H. Selter i Tanere: *O swoistości odczynu tuberkulinowego.* Selter i Tanere, streszczając w krótkich zarysach poglądy Mathesa, Sorgo, Zielera i innych autorów na sprawę swoistości

działania tuberkuliny, przeprowadzają dla wyjaśnienia tego zagadnienia cały szereg doświadczeń na gruźliczo-zakażonych osobnikach.

Wstrzykują oni doskórnie z jednej strony bakterioproteiny, a mianowicie: *bac. colli, bac. lactis* i inne w czystej hodowli, przeciwstawiając z drugiej strony las. gruźlicze.

Z pośród nieswoistych bakteryj najsilniej działaja *bac. colli*, wywołując odczyn zapalny w miejscu wstrzyknięcia, najsłabiej kwasoodporne las. mleczne, pośrodku stoją *bac. chelonini*. Pomiędzy odczynami na las. gruźlicze i *b. coli* niema na pierwszy rzut oka żadnej różnicy, natomiast widzimy różnicę w przebiegu klinicznym odczynu zapalnego. Po wstrzyknięciu *b. coli* zjawia się odczyn zapalny wkrótce po zabiegu i, po 24 godzinach mamy już szczyt nasilenia, a potem szybkie zniknięcie, tak że po 6—8 dniach nie pozostaje nawet śladów; przy wstrzyknięciu *bac .tbc.* zjawia się odczyn znacznie później, a do całkowitego zniknięcia odczynu przechodzi dość dużo czasu.

U osobników z czynną gruźlicą otrzymujemy przy powtórnew wstrzyknięciu scarciberkuliny Kocha zaognienie się sprawy w starych ogniskach zapalnych, powstałych po poprzedniem wstrzyknięciu zarówno *bac. coli* jak *bac. tbc.* Nie otrzymujemy zaognienia się tych ognisk przy ponownem wstrzyknięciu *bac. coli* i *Bac. chelonini* aczkolwiek są one w stanie wywołać odczyn ogólny.

Autorowie posunęli się jeszcze o jeden krok dalej i zbadali wewnętrzną budowę skrawków wyciętych z miejsc wstrzyknięcia zarówno *Bac. tub.* jak i *bac. coli.* Jak jedne tak i drugie dają budowę typową dla gruźlika i absolutnie się nie różnią pomiędzy sobą.

Uznając prace swoje w ostatniej części swoich doświadczeń za niedostateczne, przychodzą Selter i Tanere do następujących wniosków:
się tych ognisk przy ponownem wstrzyknięciu *bac. coli* i *bac. che-*
różnicy na pierwszy rzut oka (nawet przy stosowaniu największych rozcieńczeń); decyduje przebieg kliniczny: po *bac. coli* po 24 godzinach szczyt nasilenia, szybki zanik odczynu; po *bac. tbc.* powolne zjawienie się odczynu i powolne znikanie.

2) W działaniu nieswoistem są pewne różnice: najsilniej działają *bac. coli,* najsłabiej — kwasoodporne las. mleczne. Po środku zajmują miejsce *bac. chelonini.*

3) Po podskórnem zastrzyknięciu starej tuberkuliny Kocha zaogniają się stare miejsca zapalne po zastrzyknięciu zarówno *bac. coli* jak i *bac. tbc.*; zaognienia tego nie stwierdzamy po powtórnem wstrzyknięciu podskórnem *bac. coli* lub innych bakterjach nieswoistych. Nadmienić należy, że zaognienie stwierdza się tylko u osobników z gruźlicą utajoną.

Dietl: *O przewlekłej gruźlicy płuc u dzieci.* Gruźlica płuc u dzieci może być utajona lub ujawniona. Rozpoznawanie gruźlicy utajonej jest rzeczą trudną. Podług Engla wszystkie dzieci z dodatniemi odczynami tuberkulinowemi bez żadnych innych objawów klinicznych uważane są za dotknięte gruźlicą utajona. Przy rozpoznawaniu gruźlicy utajonej autor proponuje uwzględniać także wagę i wzrost, gdyż w większości badanych przez autora przypadków dzieci gruźlicze zdradzały odchylenia od normy. Do gruźlicy zalicza autor przypadki ze zmianami nieznacznemi: 1) Nieżyty oskrzeli, na które często zapadają dzieci z gruźlicą utajoną. Nieżyty te bywają nieraz b. uporczywe. Ranke opisał postać „Hiluskatarrh", przebiegającą z pojedyńczemi rzężeniami w przestrzeni międzyłopatkowej. 2) Rzadko spotykane u dzieci nacieczenie w szczytach (na 130 badanych w 4 przyp. spostrzegane), nacieczenie łagodne nie mające tendencji do szerzenia się i mało wpływające na ogólny stan dziecka. 3) Rzadko dające się stwierdzić ogniska pierwotne jako ograniczony nieżyt oskrzeli lub ograniczone zapalenie płuc. Przy rozpoznawaniu ogniska pierwotnego pamiętać należy o t. zw. „Rasselzentren" t. j. o ogniskach w płucach pogrypowych. Autor opisuje 7 przypadków, gdzie u osobników przedtem tuberkulinoujemnych po wystąpieniu takiego ogniska zjawił się dodatni odczyn tuberkulinowy. U niektórych na zdjęciu roentgenowskiem widoczne było potem ognisko, otoczone zrostami opłucnowemi ,co także przemawia zatem, że było to ognisko pierwotne, a nie powikłanie grypy.

Następnie przechodzi autor do postaci gruźlicy rozwiniętej u dzieci i dzieli je na postacie ostropowstałe i przewlekłe. Do pierwszych, przeważnie wysiękowych, lub serowato-wysiękowych zalicza autor:

1. *Tuberculosis hite,* kiedy gruczoł wnękowy przebija się do oskrzela i daje zmiany w płucu.

2. *Epituberculosa* wnękowa lub płucna, kiedy ognisko znajduje się we wnęce lub płucu, a dokoła wytwarza się znaczne nacieczenie w sensie zapalenia okołoogniskowego Tendeloo.

3. Gruźlica postępująca pierwotna (Proliferierende primär tbc.), gdzie ognisko pierwotne jest punktem wyjścia rozległych zmian serowaciejących w częściach przylegających płuca.

Od wyżej wymienionych postaci mniej lub więcej ostrych, autor odróżnia postacie przewlekłe, które na zasadzie 27 opisanych przypadków dzieli na 3 grupy. Do grupy I zalicza przypadki o typie *fibro caseosa,* różniące się od suchot przewlekłych u dorosłych tem, że: 1) nie zaczynają się w szczytach i 2) przeważnie są jednostronne. Autor przypuszcza, że pochodzą one ze starego zabliźnionego ogniska pierwotnego, które pod wpływem pewnych warunków uczynniło się i posłużyło za punkt wyjścia zmian późnych. Podobne zaostrzenia ognisk zagojonych znane są w klinice gruźlicy .Autor nazywa tę postać, powstałą prawdopodobnie z ogniska pierwotnego „exacerbierende primär tbc.", zaliczając ją do suchot płucnych, do III okresu Rankego. Sluka opisuje podobne obrazy jako postać gruźlicy wnęki. Brak jednak silnych odczynów tuberkulinowych przemawia bardziej za przypuszczeniem Dietl'a, że jest to okres III Rankego. Do tej samej I grupy zalicza autor również ciężkie rozległe zmiany obustronne, nie różniące się niczem od *fibro-caseosa* u dorosłych. Do grupy II gruźlicy przewlekłej u dzieci zalicza autor postać wytwórczą *tbc. miliaris pulm. (miliaris discreta* Neumana). Brak przytłumienia, brak zmian wysłuchowych lub nieznaczne objawy nieżytu. Badanie roentgenologiczne wykazuje w płucach rozsiane ogniska zgęszczone; postać ta powstaje drogą krwionośną: laseczniki przechodzą z krwi do naczyń włoskowatych płuc i w nich osiadają. Część laseczników przechodzi z krwia dalej i często daje przerzuty w śledzionie lub innych narządach, szczególnie w oku. Stwierdzoną nieraz w tych przypadkach obecność laseczników Kocha w plwocinach autor objaśnia przebiciem jednego lub kilku ognisk do oskrzeli. Postać ta należy do II okresu Rankego. Do grupy trzeciej należą, według autora, przypadki *bronchitis* i *peribronchitis tuberculosa,* powstała drogą oddechową. Żywa allergja skórna przemawia za dobrem rokowaniem; brak allergji lub słabe jej nasilenie rokuje źle. Wyniki leczenia na podanym materjale są mało zachęcające. Stosowana leczniczo tuberkulina i inne proteiny nie dały żadnych wyników dodatnich. Przy jednostronnych postaciach *fibro-caseosa* (exacerbierende primär tbc.) jedyną metodą leczniczą okazała się odma piersiowa.

Fedor i Weiss. *Przyczynek do symptomatologji wysięków gruźliczych w śródpiersiu.* Najczęściej spotykane wysiękowe zapalenie śródpiersia są pochodzenia metapneumonicznego, nie gruźliczego. Bywają one ropne lub surowicze a różnią się od gruźliczych ostrym początkiem, ciężkim przebiegiem i złem ześciem. Zapalenie śródpiersia pochodzenia gruźliczego należy do obrazów klinicznych rzadkich. U badanych w r. 1924-ym 2.900 chorych na gruźlicę, autorzy stwierdzili *pl. mediast.* tylko w 6 przypadkach, przeważnie w wieku młodzieńczym. Jest to schorzenie o przebiegu łagodnym i daje się stwierdzić nieraz dopiero po przebyciu choroby, przez skutki wywołane w narządach śródpiersiowych i jamie brzusznej. Zrosty mogące uciskać na nerwy roślinne i naczynia dają opisany t .zw. przez Niemców *„gastro-mediastinalen symptomenkomplex".*

Dla orjentacji różnych postaci wysięk, zapalenia śródpiersia należy uprzytomnić sobie kilka szczegółów anatomicznych.

1. Śródpiersie właściwe jest przestrzeń ograniczona
od przodu mostkiem,
od tyłu kręgosłupem,
z boków opłucną śródpiersiową.

Serce dzieli tę przestrzeń na 2 części: przednią *(mediast. ant.)* i tylną *(mediast. post.).* W tem właściwem śródpiersiu wysięki zdarzają się rzadko.

2. Opłucna śródpiersiowa tworzy jakgdyby zatokę przy przejściu *pl. mediast.* w *pl. pulmonalis.*

3. Opłucna tworzy ostrą kieszeń przy przejściu *pl. costalis* w *pl. mediast. (sinus mediastinalis ant. et post.).*

We właściwem śródpiersiu wysięki zdarzają się najrzadziej, częściej — w ostatnich dwu zatokach.

Rozpoznanie różniczkowe między temi 3-ma postaciami można przeprowadzić wyłącznie przy pomocy Roentgena. Klinicznych objawów jest b. mało.

Do objawów klin. wysięków zlokalizowanych z przodu w śródpiersiu właściwem lub *sinus costo-med. ant.* należą: ból w okolicy mostka, najczęściej podczas wdechu, objawy uciskowe, niepokój, przypominający nawet napad dusznicy bolesnej. Nieraz w II i III międzyżebrzu tuż przy mostku stwierdza się przytłumienie; bywa także tarcie, które odróżnić można od tarcia osierdzia dzięki temu, że przy wysięku śródpiersia wyczuwa się uderzenie koniuszkowe serca.

Charakteryzują *pleuritis mediast. post.* bóle w krzyżu i przytłumienie w przestrzeni międzyłopatkowej. Klinicznie można jednak tylko przypuszczać rozpoznanie; potwierdzenia szukać należy w Rg. Autor przypuszcza, że wysiękowe zapalenie śródpiersia nie jest schorzeniem samoistnem, zawsze bywa w przebiegu gruźlicy płuc i zawsze znaleźć można ogniska gruźlicze w płucach.

Gustaw Baer: *W sprawie zejścia „complexus primarius" w płucach w wieku dziecięcym.* Wyniki badań u 490 dzieci w wie-

ku szkolnym. Dzieci zostały poddane badaniu na odczyn tuberkulinowy zmodyfikowaną metodą. Moro, według Rankego (wcieranie kropli nierozcieńczonej tuberkuliny zamiast maści). Dzieci Moro-dodatnich było 326, Moro-ujemnych 164, czyli dwie trzecie przebyło zakażenie gruźlicze. Badanie roentgenologiczne skrupulatnie przeprowadzone dla stwierdzenia obecności *„complexus primarius“* wykryło ognisko pierwotne tylko u 75 dzieci. Tak mała ilość tłumaczy się tem, że tylko zwapniałe ogniska w płucach dają się stwierdzić sekcyjnie i roentgenoskopowo. U dzieci ze środowiska zakażonego 7 razy częściej napotkano na kompleks pierwotny, niż u reszty dzieci. Z 75 kompleksów pierwotnych 49 znaleziono w prawem płucu i tylko 26 w lewem. Dane te odpowiadają zestawieniom innych klinicystów, natomiast anatomo-patolodzy różnicy między lokalizacją w prawem czy lewem płucu nie stwierdzają. Prawdopodobnie lewa część klatki piersiowej dla roentgenologa jest mniej przejrzysta. Co dotyczy lokalizacji *„complexus primarius“* w poszczególnych polach płucnych, to w górnym było ich 13, średnim 30, dolnym 32, czyli widzimy wzrastanie od góry ku dołowi liczby ognisk pierwotnych. Na 100 dzieci z odczynem Moro-dodatnim tylko u 5 wykryć można było gruźlicę wnęki płuc. Jest to fakt niezmiernie ciekawy, ponieważ nawołuje do ostrożności przy zbyt częstem stawianiu rozpoznania gruźlicy wnęki płuca.

W. Pagel: *O gruźlicy okresu pokwitania.* Rzadkie przypadki suchot płucnych z równoczesnem znacznem schorzeniem gruźliczem gruczołów wnękowych zostały opisane przez Aschoffa pod nazwą gruźlicy pokwitania, chociaż występują też i później, nawet w 5-em dziesięcioleciu. Utrudniają one znacznie podział Rankego. Ranke i szkoła Freiburgska (Puhl.) przypuszczają w przypadkach gruźlicy pokwitania istnienie obok siebie dwu różnych okresów Rankego; patogenetycznie miałaby tu nastąpić wczesna reinfekcja przy istniejącej jeszcze nadwrażliwości. Puhl oprócz tego uznaje możliwość przerwania odporności cząstkowej (Partialimmunität) okresu III-go na skutek wpływu czynników nieswoistych. Autor podaje dokładny opis zmian histologicznych gruczołów w przypadkach gruźlicy pokwitania, a następnie stara się wytłumaczyć, czy przypadki te stanowią wyłom w układzie Rankego, czy też i jak dają się one objaśnić w ramkach tego systemu. 4 przypadki podane przez autora wykazują bezwzględnie cechy okresu III-go: schorzenie postępuje w kierunku od szczytu ku podstawie z jamami i zmianami włóknistemi w górnym płacie, i ogniskami gronkowo-guzkowemi, gronkowo-wysiękowemi lub zlewającemi się serowatemi — w dolnym. Przytem niema objawów generalizacji z wyjątkiem jednego przypadku gruźl. zapal. opon mózgowych i stale w końcu choroby mikroskopowo widocznych ognisk gruźliczych w narządach brzusznych. Rozpoznanie okresu III-go potwierdza się przez znalezienie zwapniałego zespołu pierwotnego.
Jednak zmiany w gruczołach nie odpowiadają okresowi III-mu. Zmiany te są bardzo różnorodne: obrzęk rdzenia i przerost wielkokomórkowy ze śladami martwicy — w jednym przypadku; ogniska serowaciejące, wykazujące czasem ślady przemiany nabłonkowatej z odczynem zapalnym dokołaogniskowym — w drugim; ogniska serowaciejące w kształcie klinów — w trzecim; ogniska zwapniałe, należące do zespołu pierwotnego obok ognisk gruczołowych świeżych zlewających się w 4-ym.

Budowa histologiczna tych ognisk gruźliczych przemawia przeciwko rozwojowi równoczesnemu II-go i III-go okresu. Rankego, a także przeciwko hipotezie recydywy okresu II-go. To współistnienie różnych okresów Rankego, pozostawia autor dla wytłumaczenia tych przypadków, w których n. p. gruźlica kości lub gruźlicze zapalenie opon mózgowych występuje przy istniejących suchotach płuc. Dla wytłumaczenia 4-ch opisanych przypadków autor posługuje się tłumaczeniem Puhla: schorzenie gruczołowe występuje wśród lub po III-im okresie, tak że okres III odgrywa rolę powtórnego ogniska pierwotnego. Powstanie tych zmian gruczołowych polega na chwilowem przezwyciężeniu odporności częściowej w warunkach zwykłych lub zmienionych, jak ciąża, pokwitanie. Przypadki gruźlicy pokwitania pozwalają na przypuszczenie, że pomimo przeszkód istnieje dążność do generalizacji sprawy chorobowej; próby generalizacji albo nie wychodzą poza obręb gruczołów okolicznych, albo wywołują gruźlicze zapalenie opon mózgowych, albo też wytworzenie guzów w organach brzusznych w końcowem stadjum okresu III-go. Tę poronną generalizację chce autor nazwać IV okresem w uzupełnieniu systemu Rankego. W tem ujęciu byłaby gruźlica pokwitania powtórnym okresem II-im w czasie lub po III-im w organizmie osłabionym przez długotrwałą sprawę chorobową i niezdolnym do skutecznej walki z mikrobem; to też anatomiczne objawy generalizacji, które są wyrazem walki ustroju, występują tylko w gruczołach okolicznych; dalej położone już nie reagują. Zapalenie dokołaogniskowe występuje nie zawsze; świadczy to też o zmniejszeniu sił odpornościowych. Gruźlica pokwitania obejmuje przypadki, w których występują zmiany okresu III-go ze zmianami gruczołowemi jednolitemi lub cechującemi okresy II i III. Morfologja tych przypadków jest jednakowa, geneza dwojaka: albo współistnienie różnych okresów, albo zmiany należą do okresu IV, przyczem dają się wykazać ślady, przebytych poprzednich okresów. Zmiany gruczołowe IV-go okresu są objawem nowej próby generalizacji, analogicznej do II-go okresu pod względem morfologicznym; generalizacja ta jednak na skutek zmniejszonych sił odpornościowych nie osiąga nigdy rozległości II-go okresu.

K. B. G.

La Presse médicale.

Nr. 18.

E. Sergent i P. Oury: *O gruźlicy środkowego płata prawego płuca.* Autorowie podają szereg obserwowanych przez siebie przypadków, gdzie sprawa gruźlicza zajęła przedewszystkiem środkowy płat prawego płuca, dając obraz ostro odgraniczony szparą międzypłatową górną lub dolną od pozostałych części płuca.

Przypadki te nastręczać mogą duże trudności rozpoznawcze ze względu na podobieństwo umiejscowienia i objawów klinicznych do wysięków międzypłatowych. Obraz radjologiczny częstokroć nie rozstrzyga sprawy. Dopiero całość przebiegu sprawy chorobowej, często rozsianie się jej po pozostałych płatach płucnych, pojawienie się prątków w plwocinie, skierowuje rozpoznanie na właściwe tory. Należy jednak pamiętać, że i wysięki międzypłatowe u chorych na gruźlicę nie należą do rzadkości.

Gruźlica środkowego płata występuje bądź pod postacią ostrej pneumonji, przyczem dojść może szybko do zserowacenia i rozpadu tkanki płucnej, oraz rozsiania się sprawy w pozostałych płatach, bądź odczyn zapalny cofa się częściowo z pozostawieniem gruzełków ulegających zwolna zwapnieniu. Niekiedy wreszcie na pierwszy plan wystąpić mogą łącznotkankowe zmiany włókniste. Sposób zakażenia podobny jak i przy innem umiejscowieniu sprawy chorobowej.

E. Bertin: *Kiła utajona a ciąża.* Od wielu lat zwraca uwagę częstość utajonej kiły u kobiet. W pewnych warunkach fizjologicznych lub patologicznych mogą wystąpić nagle mniej lub więcej gwałtowne objawy sprawy chorobowej. Do takich stanów wywołujących najczęściej reaktywowania kiły należy ciąża. Autor podaje cały szereg obserwowanych przez siebie przypadków tego rodzaju. Zwraca jednak uwagę, że sprawa chorobowa dotyka silniej płodu niż matki, co wytłumaczyć można uczuleniem narządów rodnych w czasie ciąży, wywołanem najprawdopodobniej przez silne przekrwienie tychże.

Autor podkreśla znaczenie społeczne wyszukiwania i energicznego leczenia tych przypadków.

Nr. 19.

G. H. Roger: *Wykład wstępny fizjologji.*

P. Le Noir i R. Sarles: *O hipertensji zupełnej żołądka.* Autorowie poddali szczegółowemu badaniu funkcji wydzielniczej i ruchowej żołądka 200 chorych z nadkwaśnością, dochodząc do następujących wniosków:

1) Nadkwaśności towarzyszy częściej hipo- niż hipertonja żołądka.

2) Wniektórych przypadkach nadczynność błony śluzowej żołądka łączy się z hipertonją mięśniówki. Dla przypadków tych autorowie używają nazwy hipertensji zupełnej. Obejmuje ona około 10% przypadków nadkwaśności u mężczyzn, u kobiet jest zupełnie wyjątkową.

3) Żołądek u kobiety jest najczęściej hipotoniczny u mężczyzny ortotoniczny, nawet w przypadkach nadkwaśności.

Nr. 20.

A. Brindeau: *Sectio cesarea transperitonealis suprasymphisaris.* Wykład kliniczny. Opis metody i wskazania.

Marchaud, X. Abély i E. Bauer: *Otępienie kiłowe nie postępujące.* Obok *paralysis progressiva* i ogniskowej kiły mózgu, istnieją stany otępienia pochodzenia specyficznego, które nie mają charakteru postępującego.

Przypadki te dają trojakiego rodzaju obrazy kliniczne.

1) Zrazu występuje zespół objawów charakterystyczny dla *p. progressiva,* tak, że rozpoznanie nie sprawia żadnych trudności. Jednak po kilku miesiącach rozwój sprawy chorobowej zatrzymuje się, niektóre z objawów cofają się. Stan ogólny tych chorych jest zadowalniający, w przeciwieństwie do postępującego charłactwa charakterystycznego dla *p. progressiva.*

2) W drugiej grupie przypadków chodzi o nietypowe formy *p. progressiva,* tak co do przebiegu jak i objawów, autorowie omawiają szczegółowo symptomatologję tego obrazu chorobowego zwracając uwagę na rzadkość zaburzeń w mowie i nietypowość objawów psychicznych, które przypominają raczej niektóre postacie *dementia praecox.* Jednak w przypadkach tych występują charakterystyczne objawy ze strony układu nerwowego (nierówność źrenic, Argyll-Robertson) jak również odczyny ze strony płynu mózgowo-rdzeniowego.

3) W grupie trzeciej przypadków znajdujemy chorych, u których w 4—12 lat po zakażeniu pojawił się zespół objawów charakterystyczny dla *dementia hebephreno-catatonica* bez typowych dla *p. p.* objawów ze strony układu nerwowego. Po krótkim przeciągu czasu obraz kliniczny utrwala się i nie ulega dalszym zmianom. Przypadki te nastręczają niekiedy duże trudności rozpoznawcze.

Autorowie dołączają opisy zmian histologicznych tkanki nerwowej w opisanych powyżej przypadkach.

L. Reynier: *O leczeniu gruźlicy krtani zapomocą galwanokauteryzacji.* Opis trzech przypadków gruźlicy płuc, krtani i skóry, w których zastosowanie galwanokauteryzacji krtani wywołało szybkie cofnięcie się zmian chorobowych (ustąpienie nacieków, zbliznowacenie owrzodzeń) podczas gdy zmiany w pozostałych narządach miały nadal charakter postępujący. Wobec niemożności usunięcia zapomocą galwanokauteru całej zmienionej chorobowej tkanki, należy, wedle autora, przypisać korzystny wynik leczenia procesom immunizacyjnym, wywołanym w otaczających tkankach przez zastosowanie bodźca cieplnego.

Nr. 21.

R. Cruchet: *Zaburzenia ruchów i napięcia mięśniowego w stanach parkinsonowskich.* Artykuł polemizujący z niektórymi zapatrywaniami K. Wilsona na występywanie hipertonji w stanach parkinsonowskich. Autor omawia charakter kliniczny tych zespołów i rolę *corpus striatum* w ich powstawaniu.

G. Ramon: *O zapobieganiu objawom posurowiczym przez stosowanie surowic oczyszczonych.* Dla zapobieżenia groźnym niekiedy objawom występującym po wprowadzeniu wraz z surowicą antitoksyczną obcego białka do ustroju, autor opracował metodę oczyszczania tych surowic. Po poddaniu ich pewnym zabiegom fizycznym i chemicznym otrzymuje się surowicę, która zatraciła cechy obcego białka przy utrzymaniu całej swej antitoksycznej wartości. Sporządzoną w Zakładzie Pasteura według metody autora surowicę przeciwtężcową wypróbowano w szpitalach paryskich z wynikiem zadowalniającym.

G. Marchal i A. Jaubert: *Badania bakterjologiczne w endocarditis lenta.* Autorowie streszczają dotychczasowe prace nad etjologją *endocarditis lenta* i podkreślają ważność przestrzegania należytej techniki przy wykonywaniu posiewów krwi.

Te ostatnie powinny być wykonywane wielokrotnie, na szczycie dziennej temperatury. Należy pamiętać o powolnym rozwoju paciorkowca jak też o tem, że często szybciej i lepiej rośnie on w środowisku beztlenowem.

Ważną rzeczą jest utożsamienie uzyskanego z kultury zarazka, zwłaszcza zaś odróżnienie strepto- od enterokokków, które wedle autorów są nierzadko przyczyną *endocarditis lenta.* Wyróżnienie *str. viridans* od *str. haemolyticus* nie ma większego znaczenia wobec możności przechodzenia jednej postaci w drugą wykazanej przez wielu autorów.

Odróżnienie natomiast przypadków *endocarditis* wywołanych przez streptokokka od enterokokkowych ma ważne znaczenie wobec bezwzględnie złego rokowania w pierwszych, a możności sprowadzenia znacznej poprawy u drugich zapomocą stosowania autowakcyny.

Streszczając dotychczasowe metody leczenia autor podkreśla zupełną bezowocność stosowania chemjoterapji względnie szczepionek w *endocarditis streptococcica.* Leczenie przesączami bakterji wprowadzone przez Besredkę, daje wedle M. i J. groźne objawy ogólne nie wywołując widocznego polepszenia.

Wobec słabej jadowitości *strept. viridans* dla zwierząt, jedynie słuszną metodą leczenia jest wprowadzanie choremu surowicy ludzkiej, a mianowicie wziętej od osobnika uodpornionego czynnie przez wstrzykiwania szczepionki uzyskanej z zarazków wyhodowanych z krwi chorego.

Nr. 22.

R. Debré i G. Semelaigne: *Pachymengitis haemorrhagica u osesków. Pachymeningitis haemorrhagica* u osesków nie należy do schorzeń rzadkich. Na podstawie obserwowanych przez siebie w przeciągu jednego roku siedmiu przypadków, autor skreśla przebieg kliniczny i symptomatologię tego schorzenia, podkreśla ważność nakłucia ciemiączkowego i badania dna oka dla ustalenia rozpoznania. Obecność krwawego płynu przy punkcji *fontanelli* (przy nakłuciu lędźwiowem najczęściej go nie stwierdzamy) jakoteż stwierdzenie wybroczyn krwawych na siatkówce mają cenne znaczenie rozpoznawcze.

Pomimo podostrego, naogół łagodnego przebiegu schorzenia, około 50% dzieci ginie na powikłania nie stojące w ścisłym związku ze sprawą pierwotną.

W kwestji nieustalonej dotąd etjologji *pachymengitis,* autor podkreśla znaczenie kiły dziedzicznej dla powstawania tego schorzenia.

G. Levaditi, S. Nicolau i P. Poincloux: *Badania nad etjologją rumienia wielokształtnego (erythema multiforme).* Opis przypadku rumienia wielokształtnego, w którym posiewy krwi na bulionie, wykonane dwukrotnie na szczycie gorączki, jak też i posiew wykonany z guzka na skórze, wykazały obecność zarazków nazwanych przez autorów ze względu na kształt *„streptobacillus moniliformis".* Są to podłużne ziarenka lub krótkie laseczki, które przy przeszczepieniu na dwie pożywki odznaczają się znaczną wielokształtnością, wykazując zwłaszcza formy długie wrzecionowate.

Po dokładnym opisie morfologji i cech biologicznych zarazka, autorowie streszczają doświadczenia wykonane na zwierzętach wykazujące znaczną jadowitość zarazka dla królika i świnki morskiej, mniejszą dla myszy i małpy. Wprowadzony dożylnie *streptobacillus* wywołuje bądź *arthritis purulenta,* bądź zmiany na skórze o charakterze rumienia względnie guzkowym.

O ile zwierzę przeżyje schorzenie zostaje uodpornione na dalsze próby zakażenia, często jednak ginie wśród objawów ogólnej posocznicy.

Czynne uodpornienie uzyskać można również przez zaszczepienie zwierzęciu kultury osłabionej przez działanie gorąca.

Nr. 23.

C. Lian i Ch. Petit: *O znaczeniu elektrokardjografji dla rozpoznania i rokowania w napadach omdlenia.* Napady utraty przytomności występujące w pewnych schorzeniach narządu krążenia, przyczyniają się wraz z innymi objawami klinicznymi n. p. zwolnieniem tętna, do utworzenia charakterystycznego zespołu objawów, ułatwiającego właściwe rozpoznanie. Niekiedy jednak, brak objawów towarzyszących omdleniom nie pozwala, na podstawie badania fizykalnego, ustalić istoty schorzenia, jak n. p. przy zaburzeniach przewodnictwa w zakresie prawej lub lewej gałęzi wiązki Hissa, a więc przy dyssocjacji komorowej. W przypadkach tych krzywa elektrokardjograficzna pozwala ze względu na charakterystyczny wygląd, ustalić właściwe rozpoznanie i podkreślić powagę rokowania.

Autor poddaje dokładnemu rozbiorowi krzywe uzyskane w trzech przypadkach bloku prawej gałęzi wiązki Hissa.

C. Frugoni i V. Scimone: *Przeszczepienie gruczołów przytarczycznych metodą Woronowa w przypadku przewlekłej tężyczki.* Dokładny opis przypadku przewlekłej tężyczki u chorego z kiłą dziedziczną. Ciężki przebieg schorzenia, wzrastająca częstość i nasilenie napadów i brak poprawy przy zastosowaniu zwykłych metod leczenia, skłonił do zastosowania leczenia operacyjnego polegającego na przeszczepieniu gruczołu przytarczycznego ludzkiego metodą Woronowa (do *tunica vaginalis testis).* Od chwili zabiegu napady nie pojawiły się, objaw Trousseau ustąpił po 24 godzinach, podczas gdy objaw Chvostka występował przy każdem badaniu. Poziom wapnia we krwi podniósł się po 15 dniach do wartości prawidłowej i utrzymywał się odtąd na niej stale.

Po 5 miesiącach stan chorego był zupełnie zadowalniający.

A. Ravina: *O wpływie nakłucia lędźwiowego na wydzielanie moczu i cukru oraz na ciśnienie krwi.* Referat zbiorowy.

Czeżowska (Lwów).

The Journal of the American Medic. Assoc.

Vol. 85. Nr. 20.

Howard Fox: *Leukoplakia buccalis* (40 przypadków).

Matthiaes Nicoll: *Niektóre zagadnienia administracyjne w sprawach publicznego zdrowia.*

Carew Waldrom: *Zapalenie zatok szczękowych.*

Eugen. C. Opie: *Fizjologiczna patologja wątroby w związku z zatruciem i zakażeniem.*

Charley W. Mc. Clure, Walter L. Mendelhall i Wildred E. Huntsinger: *Ocena i leczenie zaburzeń czynnościowych wątroby.*

Vincent Yyon i William A. Swalm: *Wartość lecznicza niechirurgicznego sączkowania dróg żółciowych.*

Lawrence R. de Buys, Ernest C. Samuel i Eleazar R. Bowie: *Grasica i leczenie jej nadczynności.*

William Resnik i Chester S. Keefer: *Znaczenie obrzęku twarzy w niedomodze mięśnia sercowego.*

E. B. Shaw, H. E. Thelander i F. C. Fleischner: *Surowica ozdrowieńców w przypadkach Polyomyelitis — okresu przedporażennego. Wyniki stosowania domięśniowego.*

Robert T. Frank, H. M. Kingery i R. G. Gustavson: *Hormon płci żeńskiej. II. Rozbiór czynników wytwarzających Pubertas.*

Vincent Lyon i Willjam A. Swalm: *Lecznicza wartość niechirurgicznego sączkowania (przemywania) dróg żółciowych.* Praca niezwykle gruntowna oparta na wieloletniem doświadczeniu

na 14.000 wykonanych badań („sączkowań"). Ofiary schorzeń dróg żółciowych bądź to schorzeń trwałych bądź wracających, tworzą typy, trzy zespoły, trzy koła błędne *(circulus vitiosus)*.

Pierwsze błędne koło powstaje przez krążenie limfy pomiędzy pęcherzem żółciowym, wątrobą a trzustką. — Sprawy zapalne pęcherza żółciowego przyrody bakteryjnej stanowiąc ognisko zakaźne przenoszą zakażenie na wątrobę i trzustkę a stąd z powrotem znowu na pęcherz żółciowy. Załączony piękny obraz przedstawiający sieć nadzwyczajnie gęstą naczyń chłonnych dosadnie ilustruje to błędne koło — które przerwać może jedynie chirurgiczne usunięcie pęcherza żółciowego. — Niechirurgiczne „sączkowanie" naraża chorego na nawroty; nawroty po usunięciu pęcherza żółciowego mimo wzorowej ostrożności chirurga, zależą od już przedtem istniejącego zakażenia wątroby i przewodów pozawątrobowych. W takich przypadkach stają się wątroba, przewody żółciowe i pokarmowy głównem źródłem zakażenia — a drugie i trzecie „błędne koło" bywa czynnikiem decydującym.

Drugie „błędne koło" polega na ponownem wessaniu drobnoustrojów lub jadów przez żółć drogą żył krezkowych, do żyły bramnej — stąd z powrotem do wątrby — a część toksycznej dawki odprowadzona żyłami wątrobowemi do żyły pustej dolnej dostaje się stąd do serca prawego — zaś przeważna część wydzielana na nowo przez wątrobę do żółci, zostaje na nowo wessaną przez jelita. Rysunek doskonale objaśnia to drugie błędne koło.

Trzecie błędne koło obejmuje tą część toksyczną żółci, która przez krezkowe drogi mleczne dostawszy się do *receptaculum chyli* — stąd przez przewód piersiowy do żyły bezimiennej lewej żyły podobojczykowej — wreszcie dostaje się do serca. Stąd na nowo krew zakażona dostawszy się do krążenia tętniczego działa szkodliwie na wszystkie utkania — jak to objaśnia trzeci obraz.

O chirurgicznem przerwaniu błędnego koła drugiego i trzeciego, nie może być mowy; i tu niechirurgiczny drenaż dróg żółciowych jako czynnik leczniczy występuje w całej doniosłości — a często nawet stosując drenaż po operacyjnem przerwaniu „pierwszego błędnego koła", lub dodatkowo stosując leczenie szczepionkami itd. można usunąć ewentualne nawroty.

Autorzy przekonali się, że czterogodzinny drenaż rano daje przeciętnie 300 cc żółci (mięszanej), ośmiogodzinny drenaż przez dzień daje około 600 ce; wykonywując drenaż w ten sposób raz tygodniowo, przez 2 miesiące uzyskać można ogółem 2.400 wzgl. 4.800 ce żółci usuniętej z ustroju — a wraz z nią odpadki wytworów zapalnych i wywiady drobnoustrojów — jak to stwierdza mikroskop i hodowla; przemywanie wskróś dwunastnicowe przepłukuje przewód pokarmowy i ułatwia detoksykację, jednak mimo to schorzałe przewody żółciowe znów się wypełniają. Dlatego autorzy wykonują — nie przemywanie z przerwami — lecz „stały drenaż" którym przeciętnie usunąć można z ustroju 13.248 do 15.140 ce żółci leczeniem 3 tygodniowem; w ten sposób sączkuje się wątrobę dokładnie; pobudza się silnie komórki wątroby, przepłukuje się należycie przewody żółciowe zapobiegając zaczopowaniom śluzem lub wytworami zapalnymi czy też zakaźnymi, zapobiega się zastoinom i zmniejsza możliwość powstawania wtórnych kamyków. Zarazem prawdopdobnie zabieg ten sączkuje i trzustkę, ułatwia jej pracę. Wzór stałego sączkowania:

8-a godz. rano: Przygotowanie ust i żołądka dokładnem płukaniem i myciem.

8'30—12. Drenaż dwunastnicowy zapomocą siarkanu magnezjowego, peptonu, oliwy, rozcieńczonego kw. solnego, fizjologicznego rozczynu soli kuchennej lub też gorącą wodą (zależnie od tego czy pęcherz żółciowy był usunięty czy też od oddziaływania osobniczego na jeden z powyższych rozczynów.

godz. 12 w południe: Sonda doszła do 95 cm. od zębów; podanie posiłku przez dwunastnicę:

	ciepłostek
mleka czystego 120 cc.	80
śmietanki	30
żółtka, 1 jaja	50
laktozy, 15 gm.	60
soli szczyptę.	

Posiłek ma być naprzód nadtrawiony przez 10. minut proszkiem peptonowym, w próżni przy 105° F. (około 41° C.) i zwolna podany sposobem kroplowej lewatywy w ciągu 30 minut; w razie nudności nie podawać żółtka, zwolnić szybkość odpływu. Dodatkowo jeszcze na ½ godzinę należy usunąć sondę, by posiłek ten dostał się do jelita czczego.

1—4 po południu: Sondę wyciąga się do marki 75 cm. — i drenuje się.

4—5 po południu: Powtórne żywienie dwnastnicowe.

5—8 po południu: Ponowne drenowanie (żółci).

8—9 po południu: Żywienie dwunastnicowe.

9 wieczór: Sondę przymocowuje się — nieściśniętą — przy marce 75 cm. i odprowadza się żółć w ciągu całej nocy do naczynia.

8—12: Następnego dnia wprowadza się znowu siarkan magn, rozczyn peptonu, oliwę, gorącą wodę, lub fizjologiczny rozczyn chlorku jodowego i drenaż żółciowy prowadzi się aż do południa. Przemycie dwunastnicy 250 cc. rozczynu Ringera lub też stosuje się jakiś środek odkażający, silvol, akriflawinę obojętną, „mercurochrom — 220" solubile, i t. p.

Sondę wydobywa się.

Godz. 12·30 po południu: Posiłek (Lunch) z kaszki, miękkich jaj, soków owocowych lub też owoców.

Godz. 3 po południu: Mleko lub też sucharki cienkie (crackers).

Godz. 6·30 po południu: Objad ubogi w białko i tłuszcze, a obficie zawierający węglowodany, cukier, skrobię, — stosując się do wyników uzyskanych u chorego przy badaniu chemizmu żołądkowego, dwunastniczego, trzustkowego i składu chem. krwi.

Godz. 9·30 wieczór: Mleko i sucharki cienkie.

Tej nocy chory sypia bez sondy, a następnego dnia rano powyższy szemat powtórzyć i t. dalej przez 2—4 tygodnie póki nie uzyska się 11.355 cc. — 22.710 cc. treści żółciowej — badając codziennie drobnowidowo, a raz na 2 tygodnie zakładając hodowle. — Cały czas pozostaje chory w ścisłej obserwacji (badania krwi, chemizm krwi, moczu etc.) przy pomocy wyćwiczonej pielęgniarki.

Przypadki z korzyścią nadające się do drenażu dróg żółciowych:

1. Nawroty cholangitidis zwłaszcza gdy cholecystectomia nie przyniosła poprawy — pod warunkiem, że niema pozostałych kamyków w przewodach.

2. Niektóre przypadki żółtaczki z zamknięciem przewodu wspólnego — przy równoczesnem użyciu morfiny.

3. Niektórzy chorzy z powtarzającą się sprawą zapalną śluzówki pęcherza żółciowego, kolkami — doznawszy ustąpienia dolegliwości po przeprowadzonem sączkowaniu — mogą później (jak przy Appendicitis à froid) w razie potrzeby, operowani bez ryzyka.

4. W przypadkach w których z jakichbądź powodów (n. p. wieku podeszłego) nie można było odważyć się na zabieg chirurgiczny, uzyskano tym niechirurgicznem sączkowaniem bardzo korzystne wyniki. — Nieraz przedoperacyjne sączkowanie 1—2 tygodniowe, gdy chwilowo zabieg jest niemożliwy — ułatwia w wysokim stopniu następową operację.

5. Czkawka pooperacyjna, wymioty — znikają już w parę godzin, na pewno po 1—2 dniach stosowania drenażu. Przypadki nagminnej czkawki stanowczo wyleczono — przyczem z żółci uzyskano paciorkowca. Pooperacyjny *ileus* skutecznie leczono drenażem i przemywaniem dwunastnicy.

6. Niektóre przypadki przetok żółciowych udało się uleczyć — łącząc drenaż z szczepionkami.

7. Nieżytową żółtaczkę w ciągu 2—7 dni usuwano drenażem.

8. Przypadki nieżytów pęcherza żółciowego, przewodów żółciowych, zamknięcia, cholecystitis jako powikłanie ostrych zakaźnych stanów gorączkowych — korzystnie oddziaływują na sączkowanie.

9. Zmieniając odpowiednio djetę uzyskano w schorzeniach przewodów żółciowych towarzyszących wrzodowi dwunastnicy — dobre wyniki.

10. U wielu chorych z nietypowemi przypadłościami „niestrawności", „nerwowej niestrawności", żółciowymi objawami, brakiem łaknienia, zaparciem, bolami głowy, nudnościami, odbijaniem, wzdęciem, zawrotami, schorzeniami skóry, plamami „wątrobianemi", i t. p. wykrywa Roentgen lub drenaż, że przyczyną schorzenia jest pęcherz żółciowy lub wyrostek; drenaż dróg żółciowych niechirurgiczny — zapewni lepsze wyniki niż Kalomel lub inne przetwory.

11. 12. 13. 14. 15. Liczne przypadki migreny lub dychawicy zależnej od zaburzeń w przewodzie pokarmowym, przypadki *neuritis* i *arthritis* (przyczem i inne pomocnicze środki stosowano), przypadki siewców laseczników duru, lub innych zakaźnych czynników — korzystnie oddziaływują na omawiany zabieg sączkowania — słowem w chorobach nieraz niedostępnych w leczeniu zyskali autorzy dobre wyniki (n. p. w przypadku niewrodzonej padaczki u 49 letniego chorego). Niechirurgiczny drenaż jako zabieg przedoperacyjny w połączeniu z ścisłem regime dietetycznem (drobne częste posiłki zawierające skąpo tłuszczu i białka) lewatywy jelita grubego — a jeżeli wskazana wakcynoterapja, zaś doustnie w razie potrzeby przetwory poprawiające chemizm żołądkowo-dwunastnicy, trzustkowy, i — chemizm dróg żółciowych stanowią całość. — O szkodliwem działaniu sączkowania mowy nie ma — mimo wielkich ilości żółci wydobywanych; 24-godzinna produkcja żółci wynosi zdaniem autorów nie 1.000—1.500 ce lecz 2 razy tyle.

Na 376 przypadków, 318 było leczonych wyłącznie niechirurgicznem drenażem — w różnych okresach schorzeń żółciowych. 30% było wyleczonych tj. chorzy ci wolni byli od dolegliwości od 1—4 lat, a przedmiotowo nie okazywali schorzenia; 52% doznało b. wielkiej poprawy i wróciło do swych zajęć — w ciągu roku bez dolegliwości; 9% z przewlocznemi schorzeniami doznało znacznej poprawy; 2% nie doznało poprawy; jeden chory (0·2%) zmarł. Z tych 376 chorych, 52 było operowanych bez ulgi. Ogółem na podstawie 5-letniego doświadczenia widać, że na 4. chorych z cierpieniem przewodów żółciowych 3 chorych uratowano stosując tylko drenaż. Autorowie sądzą, że drenaż — w niejednym przypadku zwłaszcza gdy rozpoznanie nie było pewnem — oszczędzi choremu operacji — a z drugiej strony rozumnie przeprowadzony drenaż wykrywając pęcherz żółciowy całkiem nieczynny z powodu zamkniętego przewodu i następstw — wykaże konieczność usunięcia pęcherza, aby przerwać koło błędne limfatyczne pomiedzy wątrobą, a trzustką; innemi słowy, drenaż powiększy ilość przypadków nadających się do operacji! Cholecystektomją usuwamy jedynie końcowy produkt schorzenia przewodów żółciowych — a nie usuwamy choroby.

Z obszernej dyskusji wypada zaznaczyć:

Martin J. Synott (Montelair N. J.) wykonał drenaż około 3.000 razy. Jeżeli nie ma koniecznego wskazania, nie przepłukuje żołądka (jak Lyon). Gdy sonda doszła do znaku 55 cm. wpuszcza przez nią 100 cc. wody — układa chorego na prawy bok, a chory sam połykowymi łagodnymi ruchami w ciągu 20 minut, posuwa sondę do znaku 75 cm; wtedy koniec sondy jest w dwunastnicy. Mowca z naciskiem podnosi wartość drenażu dróg żółciowych w cukrzycy. W 53 przypadkach, 20 (tj. 37%) chorzy przebywali żółtaczkę lub schorzenia w górnym prawym kwadracie brzucha, w 6 przyp. (tj. 11%) niewątpliwie istniało zakażenie „żółciowe". Zdaje się tedy, że zakażenie wstępujące przechodzi nieraz na trzustkę, jako ważny etjologiczny czynnik cukrzycy. Każdy przypadek cukrzycy powinien być starannie badany sposobem Lyon'a. Wtedy drenaż może być dzielnym leczniczym środkiem.

J. Guincy Thomas (Morriston Pa.) wychwala „cudowne skutki" metody Lyona w dobranych przypadkach; Robert H. Rose z N. Yorku w przypadku migreny powtarzającej się co 2 tygodnie wyczerpawszy inne sposoby, usunął chorobę drenażem dróg żółciowych. Przeciw nadmiarowi śluzu stosuje azotan srebra (1:1000) i sól angielską (Epsom-sól).

A. J. Carlson (Chicago) krytykuje pojęcia: „desinfekcji dwunastnicy", „zatrutej żółci", nieścisłość poglądów o wartości obecności ropy w żółci; „możemy jeść ropę" — bez złych następstw; „błędne koła" opisywane przez Lyon'a — z wyjątkiem pierwszego — są przypuszczeniem teoretycznem; nie może rozumieć jak drenaż wraz z usunięciem pewnej części żółci z dwunastnicy może dać wyniki wspomniane przez Lyon'a. Nie musimy szukać innych czynników. W odpowiedzi mówca B. B. Vincent Lyon (Philadelphia) zaznacza: Korzystne wyniki drenażu mówią same za siebie — jakkolwiek niektóre kwestje nie dadzą się ściśle naukowo uzasadnić; „jeżeli chorzy przy naszej metodzie niechirurgicznej drenażu z dodaniem właściwego żywienia przychodzą do zdrowia" — jest to najlepszy dowód wartości tych metod. Mowca nie zna trucizn, które sączkuje; — doświadczenia na zdrowej wątrobie nie dają wyjaśnień co do sprawności chorej wątroby, przy schorzałym sercu, chorych nerkach, chorej śledzionie. Usuwanie żółci u tego rodzaju chorych poprawia ich zdrowie — stąd przypuszczenie, że ich żółć jest zatrutą.

Pisek (Lwów).

Zentralblatt f. Gynäkologie.

1925. Nr. 10.

E. Zweifel (Budapeszt): *Nowe kleszcze.* Łączą one w sobie zalety kleszczy Tarniera, Limpsona i Kiellanda. Łyżki mają minimalne, wygięcie miednicowe i dają przesuwać się wzdłuż siebie. Zamek zaopatrzony jest śrubą. Osobny hak służy do pociągania w kierunku osi miednicy przy wysokiem ustawieniu główki. Kleszcze te, pomyślane w pierwszym rzędzie jako kleszcze wychodowe, oddają znakomite usługi przy wysokich ustawieniach z poprzecznym czy skośnym przebiegiem szwu strzałkowego, dalej przy wklinowanych położeniach czołowych i twarzowych oraz przy wysokich położeniach pośladkowych. 2 rysunki.

F. Süssmann: *Przypadek przebicia macicy podczas sztucznego poronienia, powikłany wydarciem odbytnicy i esicy.* S. opisuje przypadek operowany z powodu przebicia macicy podczas skrobanki, wykonanej poza jego zakładem. Zabieg operacyjny polegał na założeniu tymczasowej przetoki kałowej. Jedenaście miesięcy później wszczepiono wyosobnioną pętlę jelita cienkiego i otrzymano zupełne wyleczenie.

Dipper: *W sprawie badania przez odbytnicę przypadków położniczych w praktyce ogólnej.* Autor omawia spór między przeciwnikami a zwolennikami bezwzględnego badania *per rectum* w położnictwie i proponuje następnie kompromis, a mianowicie wprowadzenie badania we wziernikach. Zalety tego, zresztą już nie nowego sposobu wydają się być bardzo znaczne. Czy tak jest w rzeczywistości orzekną doświadczenia kliniczne.

Koloman v. Lehoczky-Semmelweis: *Przypadek pląsawicy u ciężarnej z dodatnim obrazem histologicznym.* Autor opisuje przypadek pląsawicy ze zejściem śmiertelnem na drugi dzień po porodzie żywego, siedmiomiesięcznego dziecka. Sekcja wykazała zwyrodnienie miąższowe mięśnia sercowego, nerek i wątroby, przekrwienie opadowe płuc, zrosty opłucnowe, nieznaczny obrzęk opon miękkich oraz znaczniejsze przekrwienie zwojów podstawowych. W obrazie drobnowidowym stwierdzono znaczne nacieczenie limfocytarne dookoła naczyń w *corpus striatum, thalamus* i istocie czarnej Sömmeringa. Prócz limfocytów znajdowały się tam jeszcze komórki plazmatyczne i makrofagi wypełnione brunatnym barwikiem. Dalej wykazano zanik komórek nerwowych w *putamen i globus pallidus* a równocześnie zwiększenie się gleju. Zmiany te dadzą się łatwo pogodzić z obrazem klinicznym, ponieważ zaliczamy pląsawicę do schorzeń układu pozapiramidowego.

Remmelis: *Konstytucja, a porody u pierwiastek w wieku starszym.* Opierając się na wywodach Rosnera dochodzi autor do wniosku, że pierwiastki w wieku starszym należy zaliczyć do trzeciej grupy według Rosnera. Powikłania przy porodach spowodowane są w tych przypadkach nietylko wiekiem ale i zmianami konstytucjonalnemi.

Burger: *Wypadnięcie macicy a konstytucja.* B. stwierdza, że wypadnięcie macicy nie występuje tak często, jakby się tego należało spodziewać z powodów czysto mechanicznych. W etjologji zajmuje ważną rolę konstytucja. Jednakże, wyróżnienie typu konstytucjonalnego sprawiać będzie w licznych wypadkach trudności.

Rychłowski (Lwów).

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Nr. 30, 23 lipca 1924.

P. Schmidt: *O niebezpieczeństwie duru brzusznego i jego zwalczaniu.*

Arthur Schlossmann: *Ochrona przed szczepieniami ochronnemi.* Bodźcem do napisania artykułu posłużył fakt śmierci dziecka trzechletniego, która nastąpiła w 17 godzin po zastrzyknięciu domięśniowem surowicy ochronnej przeciwodrowej Degkwica, wziętej od rekonwalescentów po odrze. Rozpoznanie anatomo-patologiczne na sekcji: sepsa piorunująca. Lekarz, który wykonał zastrzyknięcie, przestrzegał przytem ścisłej aseptyki. Nie jego wina w tem, że on obrał dla szczepienia dziecko (z praktyki prywatnej), które ze względu na łagodność epidemji, bez tego szczepienia obejść się najzupełniej mogło. Można raczej potępić czynność władz urzędowych lekarskich, które w prasie codziennej szeroko nawoływują publiczność do poddania swoich dzieci szczepieniom ochronnym przeciwodrowym Degkwica. Stosowanie tych ostatnich musianoby ograniczyć do odpowiednich zakładów leczniczych. Surowica była dostarczona przez szpital. Kontrola trzech próbek wykazała w 2 z nich obecność drobnoustrojów: w jednej odmienca *(proteus)*, w drugiej gronkowca złocistego ropotwórczego *(staphylococcus pyogenes aureus)*. Tem niemniej odpowiedzialność za nieodpowiednie przygotowanie surowicy nie spada na lekarza, który tą surowicę sporządził. Cała wina spada na rząd, który zbyt lekkomyślnie traktuje sprawę przygotowania, sprawdzania i puszczania w obieg surowicy.

W. Schönfeld: *O zasadach wewnątrzlędźwiowego (endolumbalnego) i nadoponowego (epiduralnego) leczenia ze szczególnem uwzględnieniem kiły.* Stosowanie endolumbalne wzgl. epiduralne (przez otwór krzyżowy — *hiatus sacralis*) salwarsanu nie jest uzasadnione ani teoretycznie ani praktycznie.

W. Kolle i H. Schlossberger: *Studja doświadczalne nad spirochetozą kiły i duru powrotnego.*

O zakażeniu bezobjawowem myszy i szczurów oraz o bezobjawowem zakażeniu dodatkowem (superinfectio) kiłowych królików przez krętek blady. „Po raz pierwszy zostało doświadczalnie dowiedzione, iż u tych osobników, u których odporność infekcyjna najzupełniej wystarcza dla ochrony ich przed powstaniem szankra, i u których powtórne zakażenie szczepem heterologiczym nie spowodowało żadnych objawów chorobowych, — może jednak mieć miejsce przeniknięcie i rozpowszechnienie się nowowprowadzonych zarazków w gruczołach obok krętków, istniejących od zakażenia pierwotnego.

Ernst Lagneux, P. C. Hart i S. E. de Jongh: *O żeńskim hormonie płciowym (Menhormon), hormonie okresu ruji (Hormon des östrischen Zyklus).*

Johann v. Bókay: *O odczynie Dicka i uodpornieniu czynnem przeciwko płonicy.* „Doświadczenia nasze, tyczące odczynu Dicków, najzupełniej zgadzają się z twierdzeniem Dicków i innych amerykanów. Jesteśmy również przekonani, iż istnieje związek pomiędzy wynikiem odczynu skórnego i wrażliwością na płonicę. Odczyn skórny Dicków jest bezpieczny. Musi on być wykonany z rozczynem toksyny bez zarzutu, technika odczynu śródskórnego musi być skrupulatną.

Uodpornienie czynne toksyną drogą metodycznych wstrzykiwań powoduje w większości wypadków, iż odczyn skórny staje się ujemnym. W celu wyjaśnienia bliższych szczegółów (n. p. trwania odporności) niezbędnem jest dalsze skrzętne zbieranie i opracowywanie licznych spostrzeżeń. Sposób szczepienia jest bezpieczny, o ile wykonywuje się przez lekarza doświadczonego i stosuje się rozczyn toksyny bez zarzutu w odpowiednich dawkach. Występujący od czasu do czasu rumień toksyczny (*Erythema toxicum*) nie ma znaczenia szczególnego i przebiega łagodnie.

Prace Dicków rozszerzyły nasze wiadomości o patogenezie płonicy. Sposób Dicków jest znacznym postępem praktycznym".

A. Tietze: *O niektórych skomplikowanych procesach odnawiania w ustroju ludzkim i zwierzęcym.*

A. Lidzki (Szarkowszczyzna).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd dentystyczny, Rok VI, N. 6. z czerwca 1926: Prof. H. Wilga: O niektórych schorzeniach tkanek okołozębowych: A) t. zw. ropotoku zębodołowym, B) przedwczesnym zaniku wyrostka zębodołowego i C) o ich klasyfikacji.

Pedjatrja Polska, Tom VI, zeszyt 4, za lipiec i sierpień 1926: Wł. Szenajch i J. Bogdanowicz: Leczenie płonicy surowicą swoistą w czasie epidemji 1925—1926 r. w szpitalu im. Karola i Marji. Wł. Mikułowski: Zaburzenie równowagi humoralnej u dziecka. Mogilnicki: Przypadek wrodzonej skóry rybiej. — Roztkowski: Przypadek rzeżączkowego zapalenia stawu łokciowego u niemowlęcia. — Kopeć: 107 glist dżdżownicowatych u dziecka dwuletniego.

Rocznik psychjatryczny, zeszyt IV, r. 1926: W. Sterling: O odrębnej postaci zamroczenia histerycznego, występującej w okresie budzena się ze snu i o związku jej z letargiem i narkolepsją. — W. Łuniewski: Przypadek pozbawenia życia trojga ludzi z motywów urojeniowych. — Z. Messing i F. Wichert: Przyczynek do sprawy anatomicznej lokalizacji afektów i ich zaburzeń. — W. Sterling i J. Handelsman: Typ konstytucjonalny przedwczesnej dojrzałości płciowej. — Z. Kamiński: Kilka uwag w związku z metodą „badania oporu" Abramowskiego. — M. Bornsztajn: Przemówienie z powodu jubileuszu Zygmunta Freuda.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIII, N. 33, z 15 sierpnia 1926: W. Popławski: Roztwory fizjologiczne, ich znaczenie i rola w lecznictwie. — Sprawozdanie z działalności państw. instytutu farmaceutycznego za r. 1925 (ciąg dalszy). — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe. — W sprawie pszczołolecznictwa.

Lekarz Kasy chorych, Rok II, N. 11, z sierpnia 1926: Sprawozdanie Zarządu Kasy chorych m. Warszawy. — Z Kasy chorych m. Warszawy.

Nowiny lekarskie Rok XXXVIII, Zeszyt 15—16, z 1 sierpnia 1926: S. Bronowski: O przewlekłem ukrytem zapaleniu wsierdzia i jego leczeniu. — S. Kramsztyk. Zagadnienie leczenia witaminami u dzieci. — Dr. Bajoński: Nowy tubus dla aparatów roentgenowskich, o silnem napięciu. — Wł. Filiński: Leucoderma solare. — St. Hryniewiecki: Znaczenie lecznicze podskórnych zastrzyków tlenu i metoda dokonywania ich. — Z. Bohdanowiczówna: Podstawy współczesnej profilaktyki błonicy. — Prof. Gantkowski: Zadanie samorządów w zwalczaniu alkoholizmu. — St. Halicki: Przyczynek do etjologji jaglicy i walki z nią.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, Rok XV, N. 8. z 15 sierpnia 1926: A. Kuczewski: Leczenie klimatyczne gruźliczych schorzeń narządu ruchu, gruczołów chłonnych, otrzewnej, opłucnej, i skóry z uwzględnieniem aktinoterapji sztucznej (dokończenie). — L. Korczyński: Uzdrowiska jako teren zbytu dla twórczości inżynierskiej i dla przemysłu technicznego. — St. Lewicki: Bibljografja polskiego zdrojownictwa (Ciąg dalszy). — W. Krzemiński: O ewolucji lecznictwa w Busku.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

W październiku b. r. mija 25 lat od czasu powstania Towarzystwa lekarskiego Częstochowskiego, którego założycielem i prezesem przez lat 16, był Dr. Władysław Biegański, jeden z najznakomitszych lekarzy i myślicieli, jakich Polska wydała. Wobec oporu władz rosyjskich, pod przewodnictwem Biegańskiego powstało w Częstochowie nieoficjalne zrzeszenie lekarzy, które nie bacząc na trudności, pracowało przez lat kilka z tem większym zapałem.

Od roku 1901, w ciągu swego 25 letniego istnienia przeżywało Towarzystwo chwile lepsze i gorsze, nie przerywając swej pracy mimo wojny światowej, wierne zawsze ideałom swego założyciela.

Podejmując uroczysty obchód swego 25 lecia, Tow. lek. Częstochowskie pragnie przedewszystkiem złożyć hołd pamięci Wielkiego człowieka, pragnie przypomnieć ideały i hasła, którym przez całe życie hołdował Biegański w swych pismach i które, jako ideały wieczne powinny nadal przyświecać młodszym pokoleniom lekarzy.

Dlatego w dniu jubileuszowym odbędzie się uroczysta akademja, w której łaskawie przyrzekli wziąć udział i wygłosić następujące odczyty: Dr. S. Sterling z Łodzi „o działalności naukowo-lekarskiej Biegańskiego", prof. St. Trzebiński z Wilna „o pracach filozoficzno-lekarskich Biegańskiego" i prof. M. Michałowicz z Warszawy „Biegański jako człowiek i lekarz".

Prócz tego w dniu jubileuszu nastąpi otwarcie stałej Wystawy Higjenicznej w Częstochowie ze szczególnem uwzględnieniem działu przeciwgruźliczego. Usiłowania Zaraządu Tow. lek. Częstochowskiego spotkały się z moralnem i materjalnem poparciem Warszawskiego Tow. Higjenicznego w osobie Prezesa Dr. J. Polaka i Warszawskiego Tow. przeciwgruźliczego w osobie Prezesa Dr. Winc. Boguckiego, którzy zajęli się doborem eksponatów i organizacją wystawy.

Tow. lek. Częstochowskie, ma nadzieję, że przedstawiciele instytucyj lekarskich, oraz szersze koła lekarzy prowincjonalnych łaskawie zechcą uświetnić swoją obecnością ten uroczysty obchód.

Prezes Tow. Lek. *M. Rożkowski.* Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Lwowskie Towarzystwo dermatologiczne.

Posiedzenie naukowe w dniu 8 kwietnia 1926.

I. Kol. Lenartowicz przedstawia: 1) chorego z *rumieniem na tle podania leku* po zażyciu „kropli" zawierających mentol; 2) 10-letniego chłopca ze zmianami już ustępującemi na obu stopach rozpoznając je jako *rumień wielokształtny wysiękowy.*

II. Kol. Mierzecki pokazuje guz grzbietu po ekscyzji i preparaty histologiczne, makroskopowo guz wyglądał jak znamię olbrzymie, obraz histologicznie ukazuje *neurofibromatosis* Recklinghausen.

III. Kol. Ostrowski przedstawia: 1) chorego z rozpoczynającą się *pęcherzycą zwykłą,* gdzie sprawa rozpoczęła się na żołędzi zlewającemi się brakami naskórka i parafimozą.

W dyskusji Lenartowicz i Leszczyński omawiają znaczenie rozpoznawcze retencji chlorków w tych przypadkach.

b) chorą z *ostrym rumieniowatym toczniem rąk i nóg.*

W dyskusji przemawiają Goldschlag i Leszczyński który uważa ten przypadek za *L. e. subacutus,* zaś *L. e acutus* za sprawę *sui generis* różną od tego przypadku.

IV. Kol. Kwiatkowski przedstawia chorego ze zmianami chorobowemi plackowatemi, rozwijającemi się od kilku lat, rozsianemi po całem ciele i skórze owłosionej głowy, które rozpoznaje jako *czerwony liszaj kończysty.*

V. Kol. Füllenbaumówna wygłasza odczyt: *O patologji i patogenezie tocznia rumieniowatego.* (Ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos Lenartowicz, Salpeter, Kotiers, który w jednym przypadku *L. e.* wyhodował *Bacillus enteritidis* Gärtner i szczepionką uzyskał dobry wynik. Leszczyński i Fleck, który przedstawia wyniki prób bakterjologicznych, serologicznych i immunobiologicznych poczynionych równolegle z pracą kliniczną prelegentki.

Posiedzenie naukowe w dniu 22 kwietnia 1926.

I. Kol. Goldschlag przedstawia przypadek *tocznia rumieniowego owłosionej części głowy i grzbietu nosa* z rozległemi ubytkami uwłosienia na głowie w miejscach blizen.

II. Kol. Mierzecki przedstawia: 1) mężczyznę 54-letniego ze zmianami plamistemi na skórze, trwającemi od 2 lat, eozynofilja

3%, limfocytów 46%, badanie histologiczne przemawia za stadjum *praemycoticum.*

W dyskusji kol. Goldschlag i Leszczyński oświadczają się raczej za pewną postacią *parapsoriasis;*

2) 4 przypadki *łuszczycy leczone za pomocą wstrzykiwań Triphalu* bez wyniku, albo nawet z pogorszeniem: 3) 22-letniego mężczyznę z wybitnym i rozległym *liszajem zołzowym.*

III. Kol. Blatt przedstawia: 1) chorą z *rakiem płaskokomórkowym* na lewej skroni, sprawa trwa od 3 lat, rozpoczęła się na brzegu kości jarzmowej, posuwa się powoli ku górze wałem twardym, pozostawiając gładką bliznę. O. W. ujemny; 2) chorą 19-letnią z kiłą świeżą gardła i części rodnych i rozległemi zmianami barwikowemi: *Lues pigmentosa.*

W dyskusji kol. Lenartowicz nazwałby to raczej *Leukoderma universale,* Leszczyński przypomina *Syphilis pigmentaire Fourniera,* Salpeter uważa to za typowe *Leukomelanoderma.*

IV. Kol. Ostrowski zdaje sprawę o zejściu śmiertelnem chorej przedstawionej poprzednio z *Lupus erythematodes acutus.* Sekcja wykazała gruźlicę otrzewnej, gruczołów, jajników, jajowodów, utrzymaną grasicę, flegmonę na udzie; z posiewu krwi wyhodowano łańcuszkowca, za tło przyczynowe całej sprawy należy uważać gruźlicę.

V. Kol. Wepperówna wygłasza odczyt p. t.: *Leopold Lafontaine i jego pogląd na sprawę kołtuna.* (Ukazało się w druku).

W dyskusji Leszczyński, Lenartowicz i Füllenbaumówna wskazują na zmienność poglądów i teoryj w medycynie z biegiem czasu.

Dr. Salpeter, sekretarz.

Towarzystwo Lekarskie Polsko-Francuskie.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego z dnia 1 marca 1926 roku.

Przewodniczy wiceprezes Dr. A. Przyborowski.

Odczytano list prof. Hartmana z Paryża, który jako prezes Towarzystwa Nawiązywania Stosunków Naukowych z Państwami Zaprzyjaźnionemi prosi o ogłoszenie w pismach lekarskich polskich program kursów uzupełniających dla lekarzy w klinikach Paryskich w czasie wakacji letnich.

Następnie przewodniczący krótkiem przemówieniem powitał gości z Vichy doktorów Bertranda i Martin-Peridiera przybyłych do nas z odczytami.

Dr. Bertrand po wstępie, podkreślającym przyjazne stosunki francusko polskie i wspólne ideały obu narodów wygłosił odczyt: *„O neuroartretyzmie“.*

Pod pojęciem neuroartretyzmu mówca rozumie obok objawów skazy i schorzeń typu gośćca, dny, dusznicy, migreny, pokrzywki, i *enteritis mucomembanacea* i szereg zaburzeń ze strony psychiki i układu współczulnego. Objawy te dzieli autor na szereg zasadniczych typów chorobowych: typ dnawy, typ dusznicowy, typ kiszkowy, i typ neuroartretyczny z przewagą objawów chorobowych psychicznych.

Do cech wspólnych tych wszystkich cierpień zaliczyć należy: 1. Zaburzenia w czynności wątroby, dające się stwierdzić rozbiorem moczu i badaniem klinicznem ogólnem. Mamy tu zwykle zaburzenia metabolizmu ciał białkowych, które utlenione stają się dla ustroju jadami — kwasami aminowemi, aldehydami, kwasami moczowemi. W czasie *crises liberatrices* ustrój stara się uwolnić od tych jadów — kryzy te — to napady dny wzgl. napady bólów kiszkowych w *colica mucomembranacea.*

2. Nagłość tych napadów upodabnia je do napadów anafilaktycznych — są one też często podobnie jak napady uczulenia połączone z bezsennością, z przyśpieszeniem tętna, z obniżeniem parcia krwi i t. p. objawami — słowem, są to wyrazy naruszenia równowagi humoralnej. W neuroartretyzmie mamy więc wrodzoną i osobniczą kruchość równowagi humoralnej.

3. Trzecia osobliwość tych cierpień to powikłanie ich zaburzeniami w układzie współczulnym. Zaburzenia te pochodzą zapewne od jadów wadliwej czynności wątroby.

4. Wreszcie, wydatne wahania równowagi humoralnej zależą tu i od zaburzeń w wydzielaniu innych gruczołów wydzielania wewnętrznego.

Słowem, zaburzenia czynności wątroby, gruczołów dokrewnych i układu współczulnego — to główne czynniki naruszenia równowagi humoralnej.

Według mówcy leczenie w Vichy tych cierpień dzięki wartości radjoaktywnej i antyanafilaktycznej wód Vichy działa odnawiająco na ustrój, sprowadza znaczną poprawę, wzgl. wyleczenie zupełne.

Obok wód wielkie znaczenie w Vichy wywiera, stosowana tam dieta mleczno-owocowo-roślinna i odpoczynek fizyczny i moralny tak ważny dla neuroartretyków.

Dr. R. Martin-Péridier wygłosił odczyt: *„O leczeniu w Vichy“.* Mówca przypomniał, że tereny Vichy pamiętają czasy gallo-romańskie. Vichy znajduje się w pięknej okolicy Burbonji, ma klimat umiarkowany, urządzenia kąpielowe i źródlane wspaniałe i hotele od tanich i skromnych do luksusowych. Napływ leczących jest znaczny i np. w 1925 roku liczba leczących się w Vichy doszła do 135.000.

Skład chemiczny wód Vichy odpowiada typowi silnych wód alkalicznych, względnie, sodowo-gazowych.

Pod względem ciepłoty dzielą się te wody na: a) ciepłe: Chomel — 44°, Grande Grille 42°, Hôpital 33°; b) letnie: Lucas 28°; i c) zimne: Lardy 24°, Mesdames 16°, Célestins 13°, Dubois 11°.

Źródła Vichy zawierają przeciętnie 5‰ sody, ślady dwuwęglanu wapnia, magnezji, żelaza, litu i 1.52‰ kwasu węglowego. Słowem zawartość części stałych dochodzi do 6.6‰ tj. do liczby bliskiej do norm fizjologicznych krwi.

Główna wartość lecznicza wód Vichy zależy od zawartości w nich sody i od ich radjoaktywności. Wody te podtrzymują alkaliczność krwi, ułatwiają czynności trawienne i spalanie w ustroju.

W stosowaniu zewnętrznem woda Vichy zmydla tłuszcze i ułatwia tem czynności skóry.

Użyta wewnątrz w dawkach mniejszych woda Vichy pobudza wydzielanie soku żołądkowego, w dawkach większych uspokaja bole żołądkowe i zmniejsza nadmiar soku żołądkowego. Wpływa też zbawiennie na czynność wątroby, i poprawia stany dyspeptyczne, zależne od zatruć i zakażeń.

Stąd, chorzy na cukrzycę, dnę kamicę, otyłość i cierpienia, związane z zaburzeniem metabolizmu trawiennego, doznają zwykle w Vichy znakomitej poprawy.

Pożyteczne też jest leczenie w Vichy niektórych cierpień skazowych skóry jak trądzika, pokrzywki, wyprysku, świerzbiączki — szczególnie pochodzenia cukrzycowego i wątrobianego.

Niektóre cierpienia kobiece też nadają się, zdaniem mówcy, do leczenia w Vichy; należą tu przewlekłe zapalenia macicy, bezpłodność, i zaburzenia trawienne i wątrobiane ciążowe.

Przeciwwskazania do kuracji w Vichy to: ciężkie choroby żołądka, połączone z zanikiem śluzówki, przypadki wyniszczenia cukrzycowego, przypadki daleko posuniętej miażdżycy tętnic i niewyrównane wady serca. Wreszcie pobyt w Vichy źle wpływa na mających nowotwory, stany gorączkowe i gruźlicę otwartą.

W przypadkach gruźlicy zamkniętej kuracja w Vichy bardzo nieraz poprawia stany dyspeptyczne.

Leczenie trwa zwykle od początku maja do końca października.

Przeciętny kurs kuracji to 21—25 dni. Kurację należałoby przeprowadzać zwykle 3—4 razy.

Najczęściej chorym zaleca się picie 6—8 szklanek wody dziennie — zależnie od celów leczniczych.

Prócz tego w Vichy stosowane są różne sposoby hydroterapeutyczne, wanny, tusze, połączone z mięsieniem, elektroterapja, łaźnie parowe, wziewania, mechanoterapja, kąpiele świetlne, i t. p. wedle zaleceń lekarzy.

W ciągu sezonu Vichy jest wielkim ośrodkiem towarzyskim — niekosztownym, a pozwalającym na miłe życie towarzyskie obok leczenia.

Odczyt był bogato ilustrowany przeźroczami.

Sekretarz: Melanowski.

Protokół z posiedzenia Sekcji Sanitarnej T. W. Wojsk. w Stanisławowie z dnia 12 czerwca 1926.

Obecni: 5 oficerów lekarzy i 1 lekarz kontr.

Przewodniczący: Mjr. lek. dr. Dąbrowski Tadeusz.

Wygłoszono następujące referaty:

1) Mjr.-lek. Dr. Dąbrowski Tadeusz, star. ordynator oddziału skórno-wenerycznego Szpitala Wojskowego Stanisławów omówił: Rzadki przypadek zapalenia rzerzączkowego gruczołów Cowpera, z następowem zropieniem ich i wytworzeniem się przetoki, komunikującej między cewką moczową a światłem zewnętrznem. Dalszy przebieg rzerzączki normalny. Przetoka po zastosowaniu przyżegania zagoiła się zupełnie.

2) Pr. lek. Dr. Daszkiewicz Tadeusz, ordynator oddziału wewnętrznego i zakaźnego Szpitala Wojskowego Stanisławów wygłosił referat p. t.: Autohaemotherapja w przebiegu gośćca wielostawowego ostrego i podostrego.

Treść referatu: Dawne i współczesne poglądy na istotę i etjologję gośćca wielostawowego ostrego, 2) dawne i współczesne metody leczenia: a) preparaty salicylowe, b) dożylne wpro-

wadzanie kolloidalnych połączeń metali ciężkich i ich kombinacji z barwikami, c) stosowanie szczepionek (poliwalentnych), d) proteinoterapja, e) autohaemoterapja — jej technika i sposoby stosowania, 3) autohaemoterapja, jako wolna metoda leczenia, skracająca czas trwania choroby i przez to odchylająca możliwie niepomyślną komplikację zapalenia wsierdzia i groźną postać gośćca hiperpiretycznego. Po dyskusji i omówieniu kilku spraw służbowych, posiedzenie zakończono.

Dr. Dąbrowski, Mjr. lek. w .z. Przewodn. Sekcji Sanit. T. W. Wojsk., Garnizon Stanisławów.

SPRAWY ZAWODOWE.

Stowarzyszenie lekarzy polskich.

„Zebranie ogólne Stowarzyszenia lekarzy polskich zarówno sprawozdawcze za rok 1925, jak i wyborcze odbyło się 2. VII. rb. W wyniku wyborów Zarząd obecny ukonstytuował się, jak następuje: prezes — dr. E. Osiński, wice-prezes — dr. K. Orzeł, sekretarz — dr. S. Tomaszewski, skarbnik — dr. A. Gruszczyński, gospodarz i bibljotekarz — dr. L. Nowacki, oraz członkowie Zarządu: dr. J. Bełkowski, dr. B. Łuczycki, dr. J. Mazurek, dr. N. Metelski, dr. T. Podczaski, dr. W. Starkiewicz. Nadto na zebraniu dopełniono aktu poświęcenia sztandaru, przyjęto nowelę do regulaminu Komisji Wyborczej oraz dopełniono wyboru następujących członków honorowych: Dra Arnsztajna Marka (Lublin), Dra Dembińskiego Tadeusza (Poznań), Prof. Dra Gluzińskiego Antoniego (Warszawa), Rra Hanke Maksymiljana (Katowice), Prof. Dra Kostaneckiego Kazimierza (Kraków), Dra Moszkowicza (Lwów), Dra Peszyńskiego Stanisława (Wilno), Prof. Dra Sawickiego Bronisława (Warszawa), Dra Świerzyńskiego Florjana (Wilno), Dra Tołwińskiego (Lublin), Dra Zaleskiego Aleksandra (Płock), Dra Zweigbauma Maksymiljana (Warszawa).

Pierwsza polska Wystawa przeciwgruźlicza we Lwowie.

Przy sposobności II Zjazdu ogólnopolskiego przeciwgruźliczego została urządzona pierwsza polska Wystawa przeciwgruźlicza na terenie Targów Wschodnich we Lwowie. W skład Komitetu organizacyjnego weszli prof. Nowicki, jako przewodniczący, dr. Węgrzynowski, jako sekretarz, Dyszkiewicz, dyr. m. biura statyst., Grossman, dyrektor Targów Wsch., dr. Legeżyński, fizyk miejski, prof. Z. Markowski, dr. Mikołajski, dyrektor Woj. Wydz. Zdrowia, prof. Niemczycki, prof. Rencki i dr. Zabłocki, prezes Tow. „Walki z gruźlicą". Wystawę urządzono w wielkim pawilonie „Banku Małopolskiego" i podzielono ją na dwie części: część naukowo-statystyczną i część handlowo-przemysłową. Pierwsza część obejmuje szereg działów, dotyczących gruźlicy, a więc bakterjologię i serologię, anatomię patologiczną ludzką, zwierzęcą, objaśnioną licznemi preparatami mokremi i suchemi oraz mulażami, przeźroczami i t. d„ zwalczanie i leczenie (ortopedja, aktinoterapja) gruźlicy, dział sportowy odnośnie do gruźlcy (pracownia sportowa Zakładu patologji og. i dośw. Uniwersytetu lwowskiego), dział zdrojowiskowy, miejsc klimatycznych i t. d. W dziale statystycznym należy podnieść zestawienia statystyczne śmiertelności z gruźlicy, gruźlicy w stosunku do zawodów, przedstawiony na kilkudziesięciu tablicach grafikonowych, opracowany na podstawie oryginalnych cyfr i zestawień przesłanych Komitetowi przez szereg większych miast w Polsce. Jestto pierwsze tego rodzaju na większą skalę zakreślone grafikonowe zestawienie, obejmujące szereg miast. Liczne inne tablice liczbowe i grafikonowe zostały przesłane na Wystawę przez same miasta i różne instytucje, jak n. p. Kasy chorych. Liczne zdjęcia fotograficzne objaśniają dział sanatoryjny i miejscowości klimatycznych. Na Wystawie uwzględniono także wydawnictwa naukowe i popularne, dotyczące gruźlicy.

Propaganda zwalczania gruźlicy przedstawiona jest pokazami pod postacią afiszów, druków, ulotek, krótkich zdań i haseł. Na Wystawie urządzono też salkę, w której będą wyświetlane filmy propagandowe przeciwgruźlicze i odpowiednie propagandowe przeźrocza, równocześnie słowem objaśniane. W dziale handlowo-przemysłowym znajdują się pokazy z zakresu lecznictwa farmaceutycznego, aktinicznego, ortopedycznego, chirurgicznego, dalej urządzenia sanatoryjne, pokazy odnoszące się do propagandy walki z gruźlicą a będące przedmiotem przemysłu i handlu.

Komitet organizacyjny uchwalił udzielić dyplomy i medale wystawcom. Dyplomy zostały wykonane według projektu artysty malarza Wygrzywalskiego, plakaty zaś, rozesłane po całej Polsce, według projektu Olpińskiego.

Wystawa zostaje otwarta 5 września zaraz po otwarciu Targów Wschodnich a trwać będzie do pierwszych dni października. Otwarcia Wystawy dokona — p. generalny dyrektor Służby Zdrowia dr. Wroczyński.

Zakres Wystawy mógł być znacznie większy, jednak brak funduszów odpowiednich, jak również miejsca był powodem jej ograniczenia.

W każdym razie jest nadzieja, że Wystawa ta będzie jednym ze sposobów propagandy walki z gruźlicą a przeznaczona ona jest nietylko dla lekarzy, ale przedewszystkiem dla ogółu społeczeństwa, dla pokazania mu, czem jest gruźlica, jak wielkie wyłomy zrobiono w społeczeństwie, jak obowiązkiem każdego jest przyłożenie ręki do jej zwalczania. Część Wystawy zostanie zamieniona na Wystawę wędrującą.

DWA ZJAZDY PRZECIWGRUŹLICZE ODBĘDĄ SIĘ WE LWOWIE PODCZAS TARGÓW WSCHODNICH
w dniach 10, 11, 12 i 13-go września 1926.

PROGRAM

a) I-szego Wojewódzkiego Zjazdu Przeciwgruźliczego we Lwowie:

I. Wojewódzki Zjazd przeciwgruźliczy 10 września (Piątek) b. r. otworzy na publicznem posiedzeniu w auli Uniwersytetu J. K. (ul. Marszałkowska 1.) punktualnie **o godzinie 9 rano Wojewoda** P. Dr. Paweł Garapich.

Przedmioty obrad:

1) Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia Komisji Walki z Gruźlicą.

2) Sprawozdanie z działalności Komisji i jej Komitetu wykonawczego, za rok ubiegły, sprawozdawca Dr. Mikołajski.

3) Ruch chorych w Przychodniach Przeciwgruźliczych w Województwie lwowskiem w latach 1921—1926, ref. Dr. Mossler.

4) Walka z Gruźlica w mieście Lwowie, ref. Dr. Węgrzynowski.

5) Kolonje wakacyjne, wypoczynkowe i lecznicze, zorganizowane w Województwie lwowskiem, ref. Dr. Kuhn.

6) Organizacja Walki z gruźlicą w miasteczkach i gminach wiejskich, ref Dr. Chuderski, Dr. Dorosz, Dr. Jarocki, Dr. Świątkowski.

Zamknięcie obrad o godz. 12'30.

Popołudniu o godzinie 3-ciej w Klinice chorób wewnętrznych (Pijarów 4.).

1) Zwiedzanie oddziału walki z gruźlica w Klinice.

2) Leczenie sanokryzyną gruźlicy płuc, ref. Prof. Dr. Rencki.

3) Zadanie Przychodni Przeciwgruźliczych, ref. Doc. Dr. Sabatowski.

4) Śmiertelność z gruźlicy we Lwowie w latach 1921 i 1926, ref. Dr. Legeżyński.

5) Gruźlica wśród funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin we Lwowie (na podstawie ruchu chorych w przychodni dla funkcjonarjuszy państwowych), ref. Dr. Jarocki.

6) Roentgenoterapja gruźlicy krtani, ref. Prof. Zalewski i Dr. Zabłocki.

O godz. 8-mej zebranie towarzyskie członków Zjazdu w Hotelu George'a.

b) II-giego Ogólno-polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego we Lwowie:

Sobota 11. września.

II. Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy w Auli Uniwersytetu J. K., rozpocznie obrady punktualnie **o godzi. 9. rano.**

Porządek obrad:

1) Swoiste i nieswoiste sprawy szczytów płucnych, ref. Prof. Dr. Januszkiewicz i Dr. Dąbrowski.

2) Dziedziczność i konstytucja w gruźlicy, ref. Prof. Dr. Nowicki i Doc. Dr. Sterling-Okuniewski.

O godz. 12-tej zwiedzanie Przychodni Przeciwgruźliczej, Lindego 5.

Po południu początek o godz. 3-ciej.

1) Ustawodawstwo przeciwgruźlicze i najpilniejsze jego zadania w Polsce, ref. Płk. Dr. Stanisław Rudzki i Dr. Kuhn.

2) Społeczna chrona dziecka przed gruźlicą, ref. Prof. Jonscher i Prof. Dr. Groer.

Niedziela 12. września.

9. rano.

1) Zapobieganie gruźlicy i jej zwalczanie w Kasach Chorych, w ramach ustawy o zabezpieczeniu na wypadek choroby, ref. Dr. Rostek, Dr. Seidl i Dr. Seweryn Sterling.

O 12-tej zwiedzanie Przychodni w Szpitalu Żydowskim.

Po południu o 3-iej: Zwiedzanie Wystawy Przeciwgruźliczej.

O godz.5-tej Walne Zgromadzenie Związku Przeciwgruźliczego (Aula Uniwersytetu J. K.).

Poniedziałek 13. września.

9. rano.

1) Projekty organizacji walki z gruźlicą na wsi, ref. Dr. Opieński.

O 12. w południe. Zwiedzanie Przychodni Przeciwgruźliczej i oddziałów dla gruźlicy przy Klinice lekarskiej, zwiedzanie Szpitala Krajowego wraz z Pawilonami dla chorób zakaźnych.

3. popołudniu. Zwiedzanie Sanatorjum dla gruźliczych w Hołosku.

Godz. 6:20. Odjazd wycieczki na Zjazd Lekarzy Zdrojowych w Krynicy w dniu 15 września ,a 16 września wycieczka do Szczawnicy.

Projektowane są nadto wycieczki w dniu 13 września do Worochty (zwiedzanie Sanatorjum dla gruźliczych), Truskawca i Lubienia, o ile zbierze się odpowiednia ilość uczestników.

Biuro informacyjne Zjazdu, w Biurze Targów Wschodnich na dworcu kolejowym, następnie w dniu otwarcia Zjazdu w przedsionku Uniwersytetu, udziela wszelkich informacyj co do pomieszkań, biletów wstępu do zwiedzania Targów Wschodnich i Wystawy, 50% zniżki do Teatrów Miejskich. oraz 66% zniżki kolejowej.

Codziennie o godz. 7 rano zwiedzanie pod przewodnictwem delegatów Twa Miłośników Lwowa, miasta, muzeów i t. p. Punkt zborny dla zwiedzających miasto 11, 12 i 13 września koło Kawiarni Wiedeńskiej (Wały Hetmańskie).

Telefony: Two Walki z Gruźlicą 27.11.

Przewodniczący Twa Walki z Gruźlicą Dr. Zabłocki: 32.92.

Przewodniczący Komitetu gospod. Zjazdu Prof. Dr. Rencki: 12.98.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Wystawy Prof. Dr. Nowicki 40.29.

Sekretarz Generalny Zjazdu Doc. Dr. Sabatowski 37.71.

Sekretarz Generalny Wystawy Dr. Węgrzynowski 1.51.

P. K. O. na Targach Wschodnich we Lwowie.

Klijenci Targów Wschodnich, oraz uczestnicy obrotu czekowego i oszczędnościowego P. K. O. zyskują podczas tegorocznych Targów poważne udogodnienia, dzięki zorganizowaniu przez Pocztową Kasę oszczędności swojego biura na terenie Targów Wschodnich we Lwowie na czas trwania Targów, t. j. od 5 do 15 września 1926.

Adres biura: „P. K. O. Targi Wschodnie", Pawilon Nr. 16.

Biuro to przyjmować będzie wpłaty w obrocie czekowym i oszczędnościowym, uskuteczniać wypłaty oszczędnościowe, oraz realizować będzie przekazy telegraficzne, które umożliwiają bezpośrednie wypłaty na Targach.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Lwów.

Pierwsza Polska Wystawa przeciwgruźlicza, urządzona przy sposobności II Ogólno-polskiego Zjazdu przeciwgruźliczego, została otwarta dnia 5 września na terenie Targów Wschodnich. Wystawa dzieli się na część naukowo-statystyczną i handlowo-przemysłową. Wstęp na Targi Wschodnie jest równocześnie wstępem na Wystawę przeciwgruźliczą. Równocześnie na Wystawie odbywają się wyświetlania filmów propagandowych walki z gruźlicą.

Biuro Wystawy przeciwgruźliczej mieści się w budynku (przy wejściu na Targi) dyrekcji Targów Wschodnich.

Łódź.

Przy Sekcji do walki z gruźlicą istnieje od paru miesięcy Koło badania gruźlicy; zadaniem Koła jest wspólne pogłębianie nauki o gruźlicy (teorji i kliniki) i szerzenie poglądów z tej dziedziny. Członkowie zbierają się dwa razy na miesiąc i wspólnie opracowują referaty, które są drukowane w Polskiej Gazecie Lekarskiej (K. B. G.).

Krynica.

Pierwszy Zjazd lekarzy w Krynicy. Nadzwyczajny rozwój Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Krynicy od czasu objęcia tegoż przez Rząd polski zaznacza się w tym roku bardzo wybitnie — oczekiwany bowiem od kilku lat nowy gmach kąpieli mineralnych już za parę dni otwiera swe podwoje dla chorych — 1500 a w razie potrzeby około 3000 kąpieli kwasowęglowych (CO_2) zaspokoji na dłuższy czas potrzeby chorych, których liczba przekroczy w tym roku cyfrę 20.000 osób! Ta okoliczność wywołała w łonie Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy myśl urządzania corocznie „zjazdów lekarskich", któreby uczestnikom dały nietylko sposobność zapoznania się bliżej z zakładem Krynickim i jego urządzeniami, ale także umożliwiły na wspólnych obradach klinicystów z lekarzami miejscowymi omówić i ustalić wskazania hydrologiczne także ze stanowiska naukowego. Pierwszy tego rodzaju Zjazd lekarski urządza Stowarzyszenie lekarzy krynickich w dniach 14-go i 15-go września b. r. Tematem do omówienia będzie w tym roku terapja chorób przewlekłych serca. Dla Krynicy, którą można nazwać polskim Nauheim, temat ten jest niezwykle aktualny i pilny. Jakkolwiek bowiem i w tym kierunku usiłowano wskazania te uzasadnić i sprecyzować naukowo, to w pracach tych istnieją jeszcze duże braki, wymagające najrychlejszego uzupełnienia. Szczegółowy program Zjazdu będzie ogłoszony później w pismach lekarskich i codziennych — obecnie podaje się tylko do wiadomości, że: 1) Profesor Dr. Witold Orłowski wygłosi wykład pt.: „Ogólne zasady postępowania leczniczego w przewlekłych chorobach serca". 2) Profesor Dr. Marjan Franke wykład p. t.: „Leczenie szczegółowe w przewlekłych chorobach serca i naczyń". 3) Docent Dr. Antoni Sabatowski wykład p. t.: „Fizjoterapja chorób przewlekłych serca". 4) Dr. Zygmunt Wąsowicz omówi: „Leczenie chorób przewlekłych serca w Krynicy". Tak referaty, jak i przebieg dyskusji pilnie notowany, będą ogłoszone drukiem i doręczone wszystkim uczestnikom „Zjazdu". W dniu otwarcia Zjazdu t. j. 14 września, w godzinach przedpołudniowych odbędzie się uroczyste poświęcenie nowego gmachu łazienek mineralnych. Uroczystość ma zaszczycić Swoją obecnością Prezydent Rzeczypospolitej Ignacy Mościcki oraz przedstawiciele władz. Uczestnicy Zjazdu wezmą udział w uroczystości a w godzinach popołudniowych zostaną przedstawieni Panu Prezydentowi Rzeczypospolitej. Każdy z uczestników Zjazdu opłaca kwotę 20 zł. na koszta urządzenia Zjazdu i wydanie Pamiętnika Zjazdu. Zgłoszenia przyjmuje Komitet organizacyjny na ręce przewodniczącego Stowarzyszenia lekarskiego do dnia 8 września b. r.

Zmarli.

We Lwowie Dr. Edward Stroynowski w 78 roku życia, lekarz powszechnie bardzo poważany, który przez długie lata był kierującym dyrektorem Galicyjskiej Kasy oszczędności. — Cześć jego pamięci.

Redakcja otrzymała.

Société des nations par la D. S. P. James. Organisation d'hygiène. Commision du paludisme. Rapport sur les premiers résultats fournis par les travaux de laboratoire sur le paludisme en Augleterre.

Société des nations. Organisation d'hygiène. Rapport annuel de l'organisation d'hygiène pour l'année 1925.

Dr. Seweryn Sterling Łódź. W odpowiedzi profesorowi Browiczowi z powodu pracy jego w nr. 3. Nowin lekarskich z r. 1926 str. 81. (Odbitka z Nowin lekarskich w Poznaniu. Rocznik 38, Zeszyt 5, 1926.

Prof. Dr M. Kirschner i *Prof. Dr. O. Nordmann,* z dzieła „Die Chirurgie", zeszyt 10 p .t.: „Die Chirurgie des Magens und Zwölffingerdarms", Wyd. Urban et Schwarzenberg. Wien 1926.

Pamiętnik Stowarzyszenia lekarzy polskich za rok 1925.

Dr. L. Zembrzuski: „Ojciec chirurgji polskiej Rafał Józef Czerwiakowski".

Dr. R. Reidde i *Prof Dr. A. Tietze:* „Die Chirurgie des Mastdarmes und des Afters". Nakł. Urban et Schwarzenberg jako część 11-ta zbiorowego dzieła: „Die Chirurgie" redagowanego przez Prof. Dr. M. Kirschnera i Prof. Dr. O. Nordmanna.

Prof. Dr. Robert Salus: „Kompendium der Augenheilkunde". Nakładem firmy Julius Springer Wien 1926. str. 195, z 54 rycinami.

K. Rożkowski: „W sprawie opukiwania rękojeści mostka w równomiernych rozszerzeniach łuku tętnicy głównej". Odbitka z „Polskiego Archiwum medycyny wewnętrznej". Tom IV, zeszyt II. R. 1926.

Meyerhofer i Pirquet. „Lexikon der Ernährungskunde". Lieferung 5. Nakł. fir. Julius Springer Wien. 1926.

Dr. S. Abbatucci: „Les services d'hygienie publique dans les colonies françaises". Wyd. Ligi narodów. Organisation d'hygiène. C. H. 407.

Prof. Dr. Erick Plate (Hamburg): Störungen des Ganges, ihre Ursachen und Folgen". Würzburger Abhandlugen aus dem Gesamtgebiet der Medizin. Neue Folge Band IV. Heft 1. Verlag Curt Kabitsch (Leipzig).